

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial

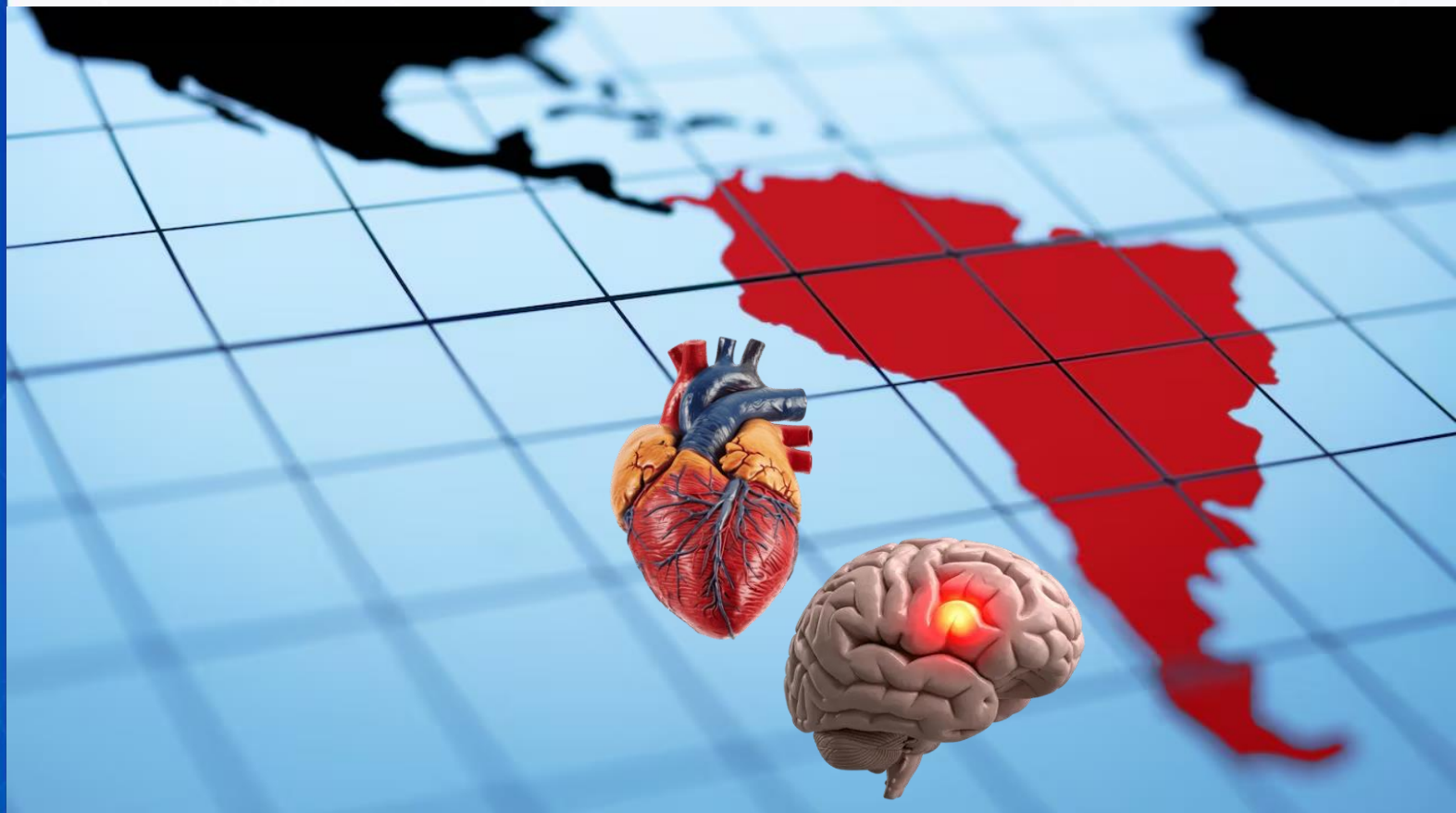
Exposição Técnico-Científica

15 a 18 de setembro de 2026
Florianópolis - SC | Centro Sul

REALIZAÇÃO



Guías latinoamericanas que luchan contra las enfermedades cardiovasculares



Luis Figueroa Montes
Patólogo Clínico



**Conflict of
interest**



58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

CONTENIDO



Contexto mundial



Latinoamérica



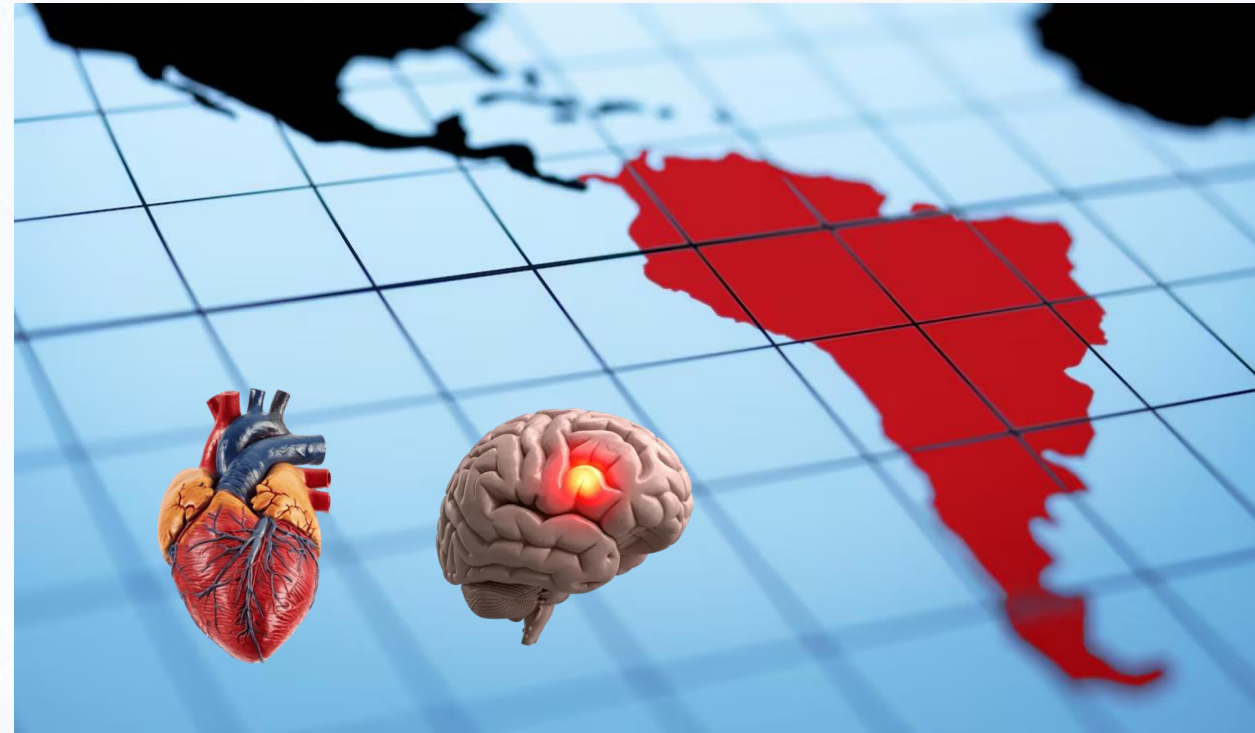
Ejemplos de armonización

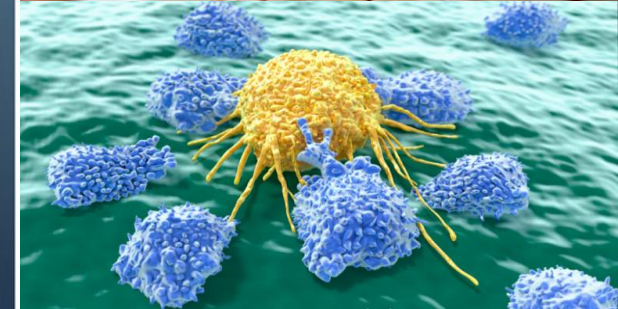
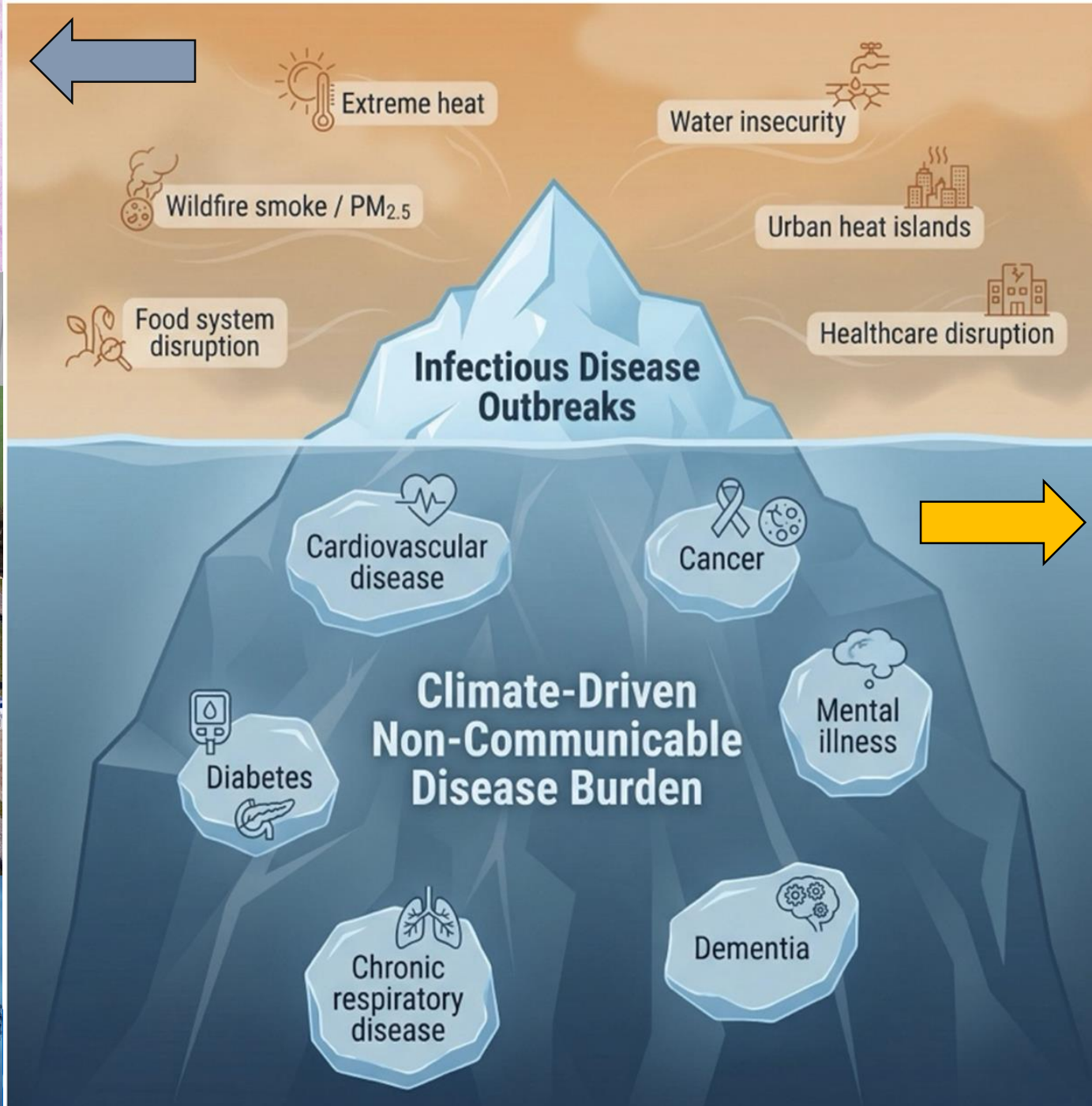
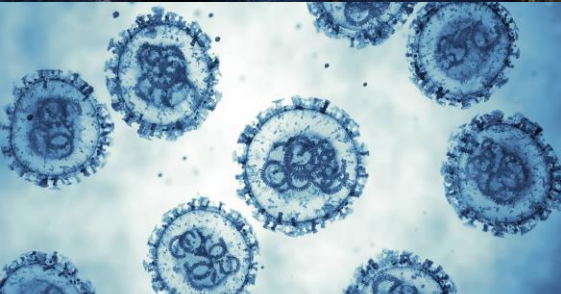


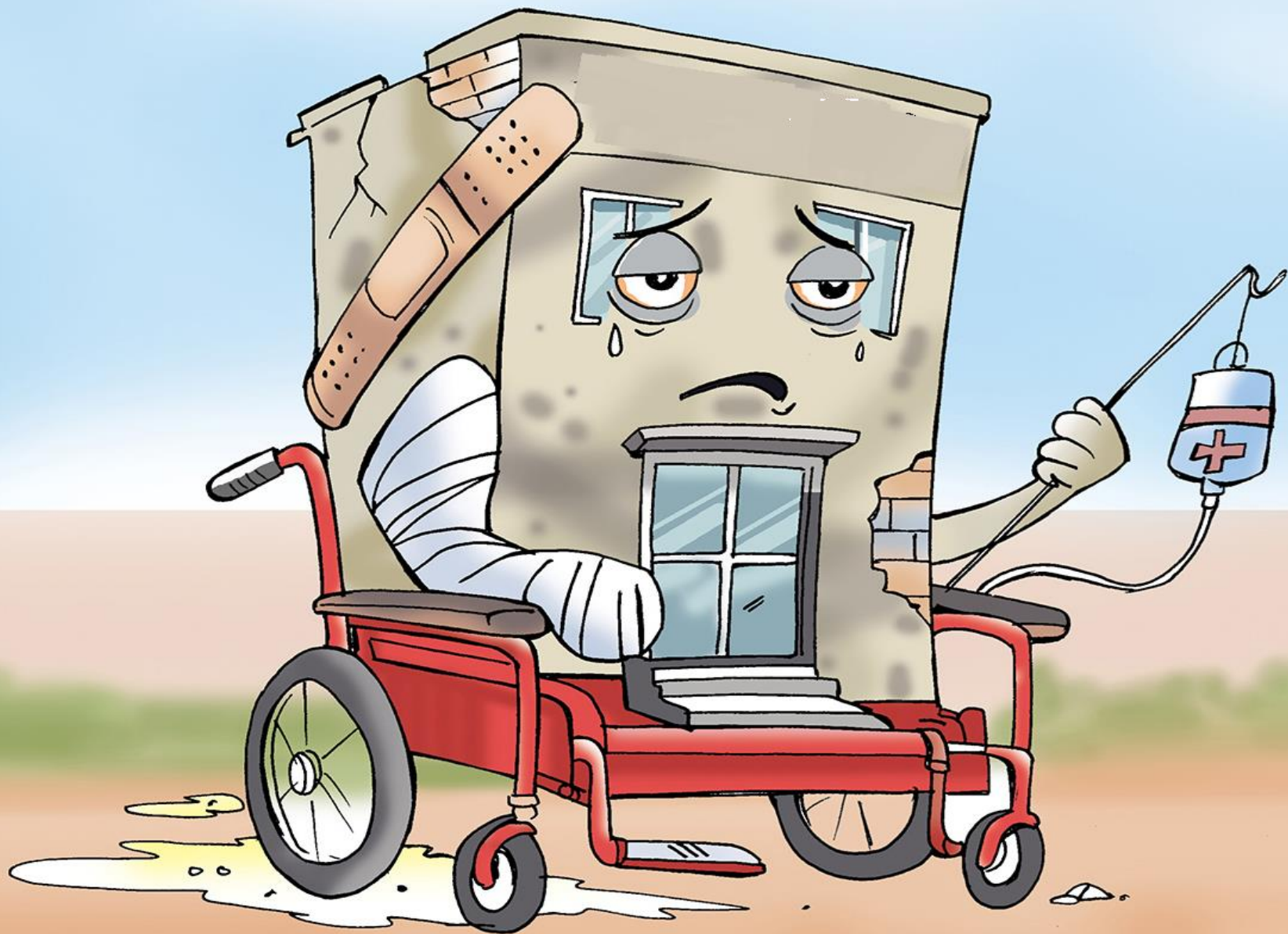
Guías Latinoamericanas



Propuesta final







58° Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA



<https://www.nationalgeographicla.com/ciencia/2023/08/vivir-150-anos-que-consecuencias-tendra-la-superlongevidad>



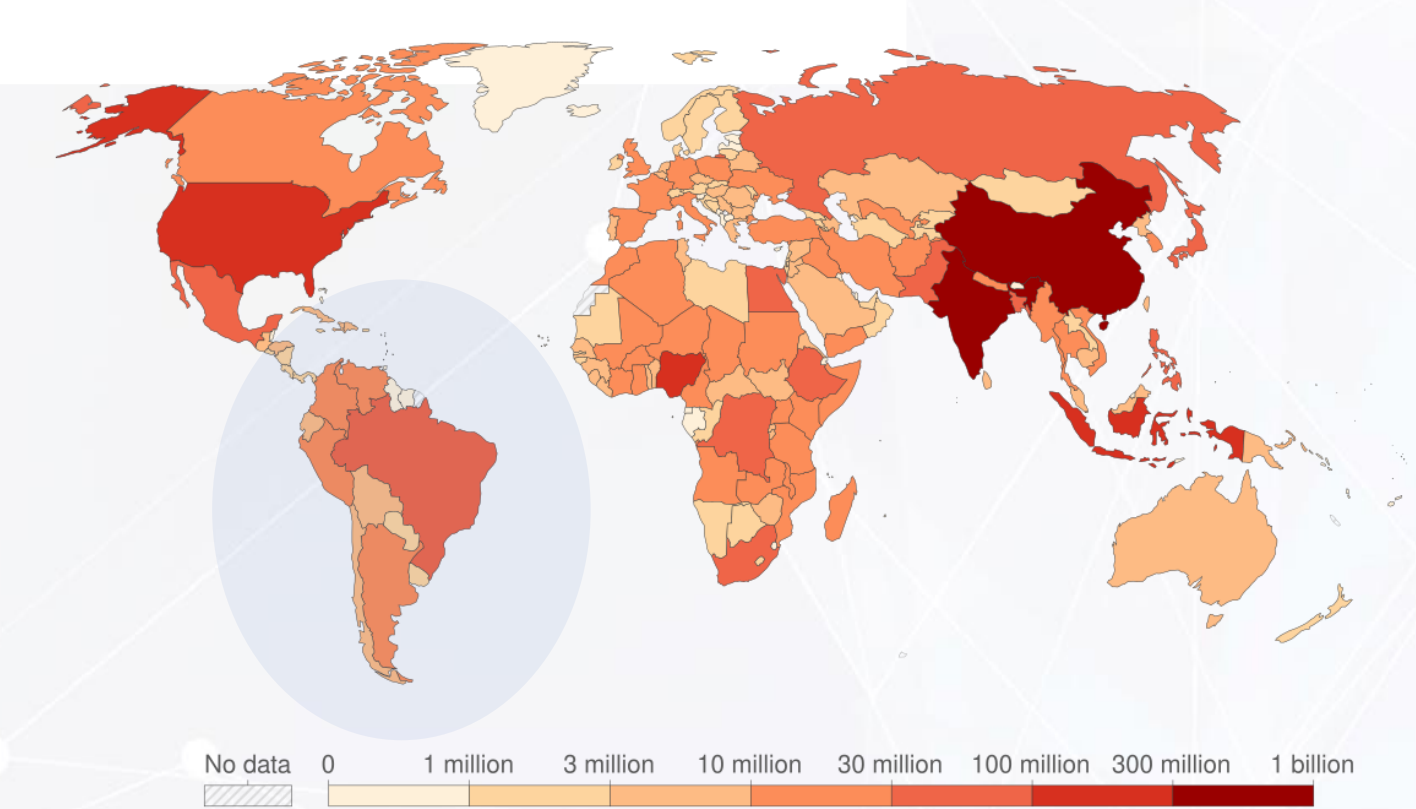
58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Total disease burden, 2021

The total disease burden is measured as the number of Disability-Adjusted Life Years¹ (DALYs) per year. DALYs measure the total burden of disease – both from years of life lost due to premature death and years lived with a disability. One DALY equals one lost year of healthy life.



Data source: IHME, Global Burden of Disease (2025)

OurWorldinData.org/burden-of-disease | CC BY

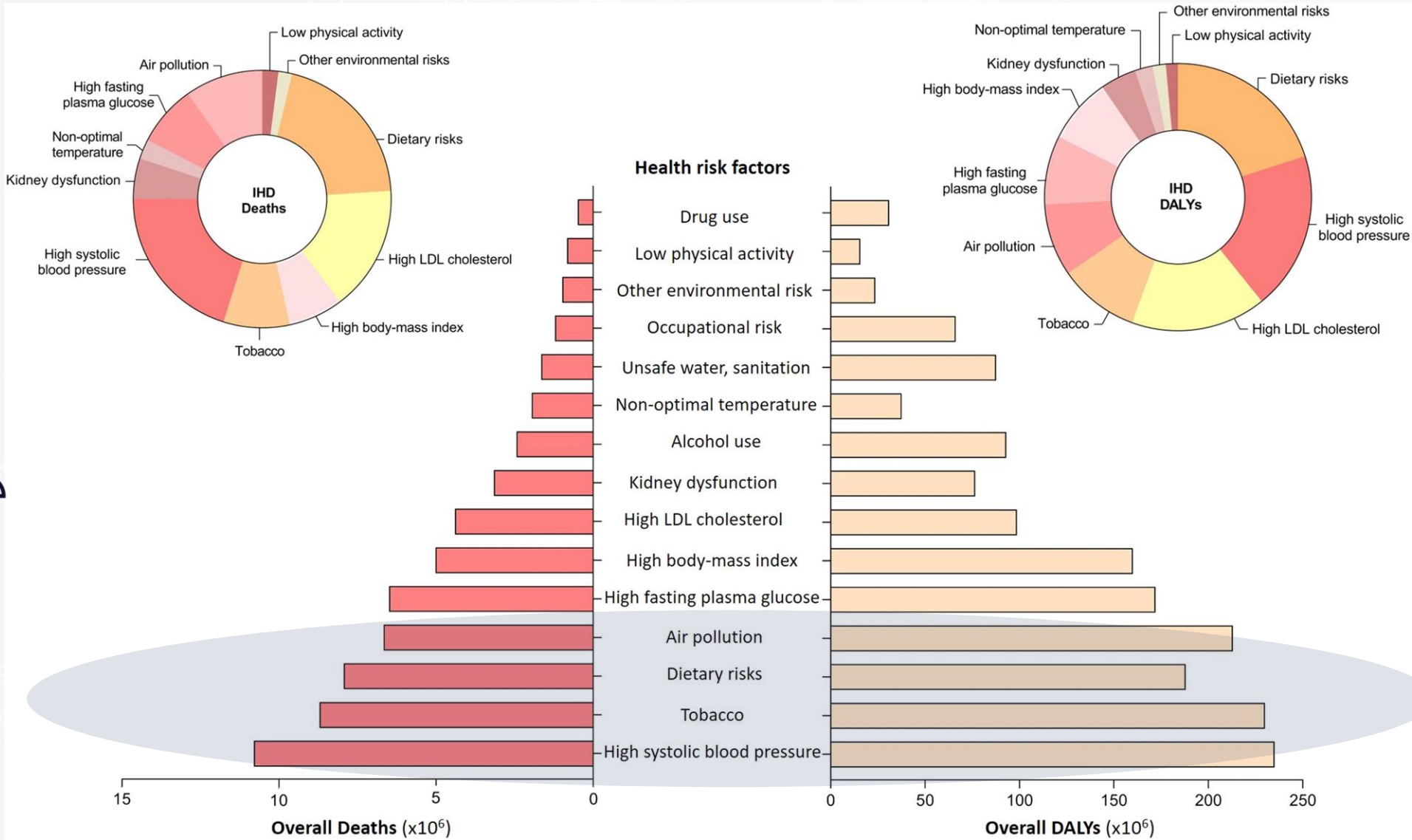
1. Disability-adjusted life years Disability-adjusted life years (DALYs) measure the total burden of disease – both from years of life lost due to premature death and years lived with a disability. One DALY equals one year of healthy life.
Learn more about how the burden of disease is measured in our article.

<https://ourworldindata.org/grapher/dalys-rate-from-all-causes?time=2019&country=>



Años de vida saludables perdidos - AVISA
Equivale a un año perdido de vida saludable.

Impacto de los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales asociados e muerte general y AVAD



Rocco A Montone, et al. **Exposome in ischaemic heart disease: beyond traditional risk factors**, European Heart Journal, Volume 45, Issue 6, 7 February 2024, Pages 419–438, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae001>

Las ECV son la ***principal causa de muerte en todo el mundo.***

75% de estas muertes se producen en ***países de bajos y medianos ingresos.***

Obesidade

y su Impacto en la Salud



<https://www.linkedin.com/pulse/obesidade-al-2035-una-pandemia-anunciada-y-la-de-figueroa-montes-ge8ae/?trackingId=k3ug0A4ST%2FKfgkFs2M0gQA%3D%3D>



58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

SALUD PLANETARIA



<https://www.thelancet.com/commissions/planetary-health>



58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

CONTENIDO



Contexto mundial



Latinoamérica



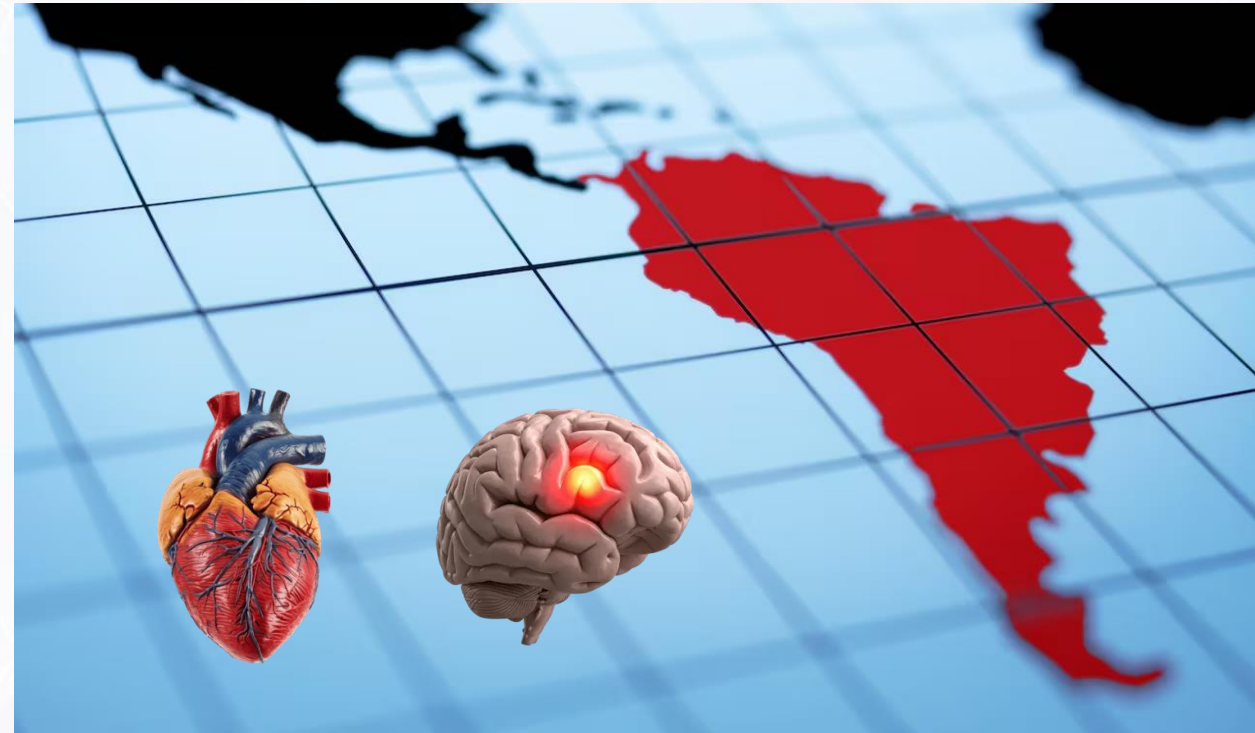
Ejemplos de armonización



Guías Latinoamericanas



Propuesta final



Latin America and the Caribbean



- 33 países soberanos.
- Población aproximada: 670 millones.
- Representamos el 8 % del PIB mundial.
- En general integrado por países de medianos ingresos.

<https://www.bancomundial.org/ext/es/region/lac>

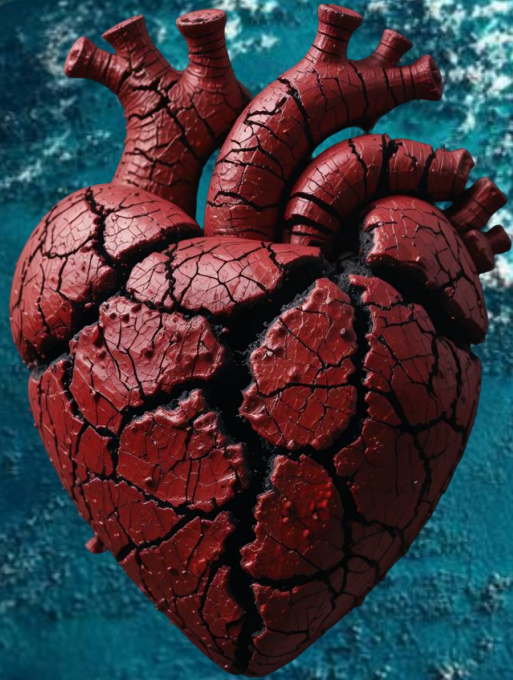


58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

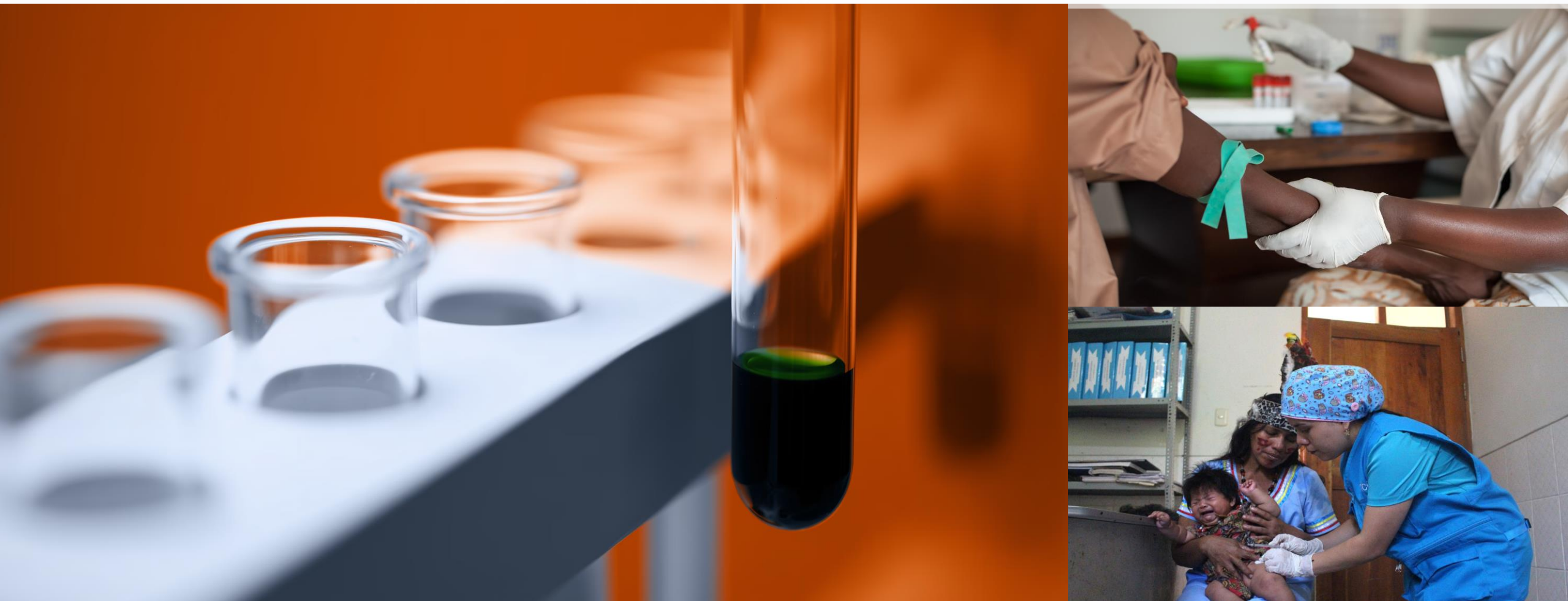
América Latina enfrenta una doble carga: sistemas de salud fragmentados con escasos recursos y una epidemia silenciosa de factores de riesgo no controlados.



Las ECV son la principal causa de mortalidad prematura a nivel mundial, y su impacto es mayor en los países de bajos y medianos ingresos.

[1] GBD 2023 Causes of Death Collaborators. Implementation of Global HeartsHypertension Control Programs in 32 Low- and Middle-Income Countries. J Am CollCardiol. 2023;82(19):1868–84. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.08.043>
[2] Figueroa-López C et al. Cardiovascular Disease Prevention in Latin America:Comparative Outcomes According to Socioeconomic Status. In: CardiovascularEpidemiology in Latin America. Springer Nature, 2025. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-79051-5_8
[3] <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
[4] <https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases>

Existen importantes barreras estructurales para abordar las ECV. En 12 países de la región se identificaron obstáculos como la *segmentación de los sistemas de salud, fuerza laboral y la falta de sistemas de información que permitan la evaluación operativa y el seguimiento de las intervenciones.*



Khan T et al. Mapping stages, barriers and facilitators to the implementation of HEARTS in the Americas initiative in 12 countries: A qualitative study. Front Public Health.2023;11:1146441. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1146441>



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, FACING THE **CARDIOVASCULAR TSUNAMI:**

HEARTS 2.0 AS A RESPONSE TO THE
GROWING BURDEN OF CVD IN HEALTH SYSTEMS
WITH LIMITED RESOURCES

CVD

HEART ATTACK
STROKE
HYPERTENSION
DIABETES
OBESITY
DYSLIPIDEMIA
CHRONIC KIDNEY DISEASE

18.6 MILLION
DEATHS EACH YEAR
WORLDWIDE

LIMITATIONS



DIAGNOSTIC
GAP



LIMITED ACCESS
TO ESSENTIAL
MEDICINES



FRAGMENTED
HEALTH
SYSTEMS



INSUFFICIENT
HUMAN
RESOURCES



INSUFFICIENT
FINANCING



- ♥ PREVENT
- ♥ DETECT EARLY
- ♥ TREAT
- ♥ CONTROL

**INTEGRATED PRIMARY
HEALTH CARE**
EVIDENCE • EQUITY • QUALITY



FEWER PREMATURE
DEATHS



BETTER HEALTH
FOR ALL



STRONGER HEALTH
SYSTEMS



A BETTER
POSSIBLE FUTURE

CONTENIDO



Contexto mundial



Latinoamérica



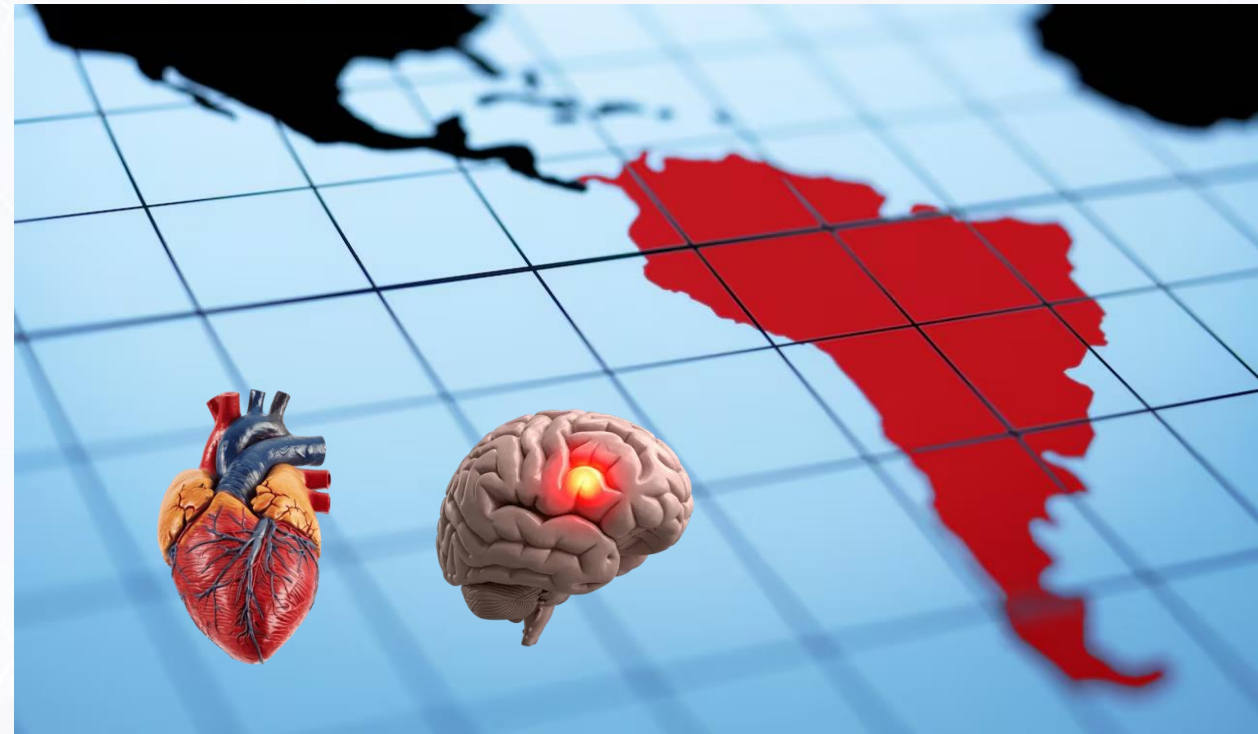
Ejemplos de armonización

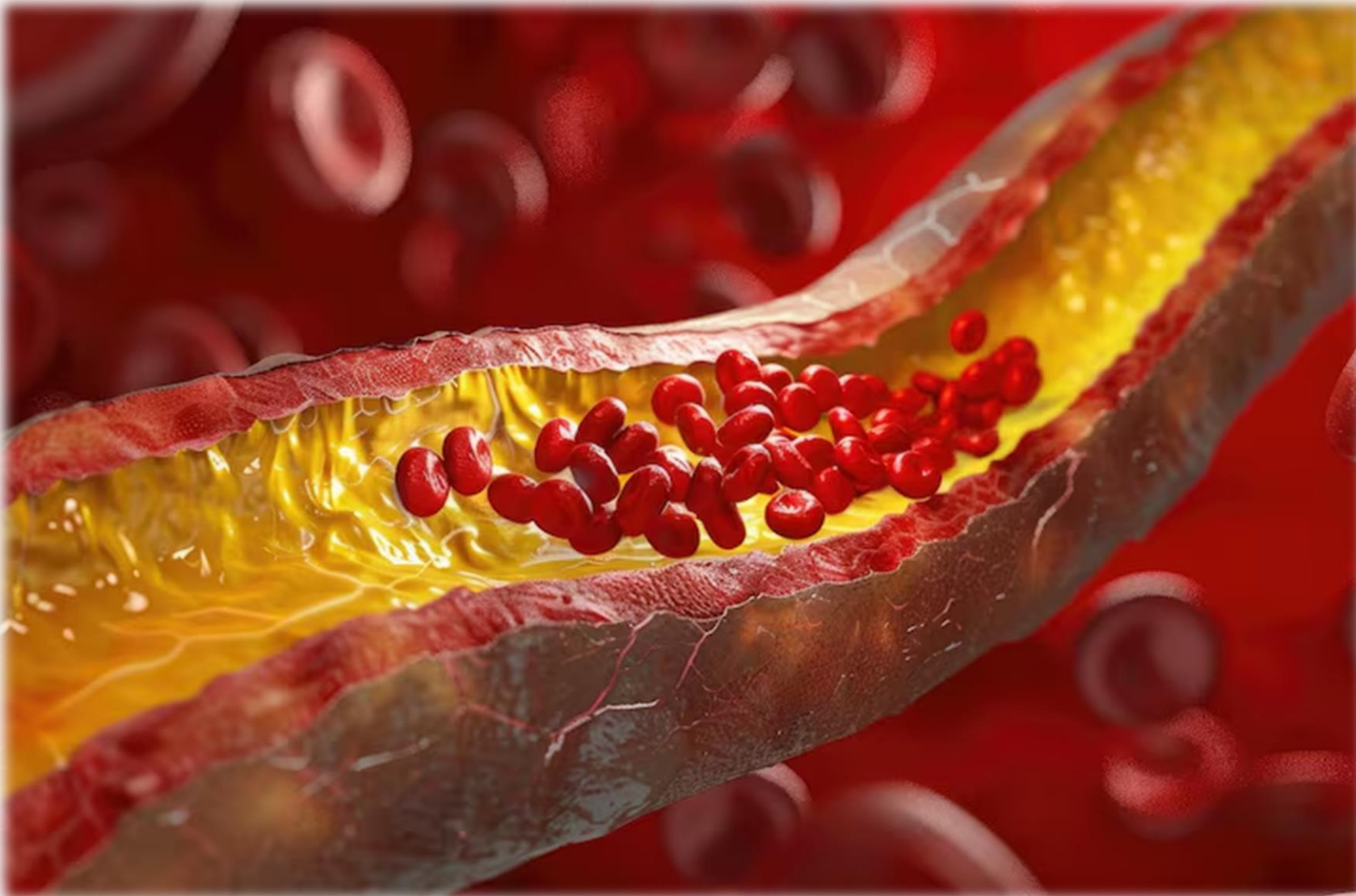


Guías Latinoamericanas



Propuesta





DISLIPIDEMIA

Condição patológica caracterizada por ***alterações en los niveles séricos de lípidos.***

Se encontra associada com a aparição de ***enfermedad isquémica coronaria y enfermedad cerebrovascular,*** responsables de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global.

National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation. 2002;106(25):3143-421.

Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. 2020;76(25):2982-3021.



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



DOCUMENTO DE CONSENSO

Documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles

¿Qué parámetros debe incluir un perfil lipídico básico? ☆

Teresa Arrobas Velilla^{a,◇}, Carlos Guijarro^{b,*,◇}, Raquel Campuzano Ruiz^{c,◇}, Manuel Rodríguez Piñero^d, José Francisco Valderrama Marcos^e, Antonio Pérez Pérez^f, Manuel Antonio Botana López^g, Ana Morais López^h, José Antonio García Donaireⁱ, Juan Carlos Obaya^j, Luis Castilla Guerra^k, Vicente Pallares Carratalá^l, Isabel Egocheaga Cabello^m, Mercedes Salgueira Lazoⁿ, María Mar Castellanos Rodrigo^o, José María Mostaza Prieto^p, Juan José Gómez Doblas^q y Antonio Buño Soto^r, en representación del Grupo Multidisciplinar de Trabajo de Lípidos y Riesgo Vascular^{◇◇}



RESUMEN

Un grupo de trabajo de las **principales sociedades científicas implicadas en la atención de los pacientes de riesgo vascular** elaboraron este documento con una propuesta básica de consenso sobre la determinación del perfil lipídico básico en prevención cardiovascular.

Se enfocaron en la **unificación de criterios** para incorporar los objetivos de control lipídico adecuados al riesgo vascular de los pacientes **en los informes de laboratorio**.

T. Arrobas Velilla, C. Guijarro, R. Campuzano Ruiz et al. Documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles ~ ¿Qué parámetros debe incluir un perfil lipídico básico?. Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis 35 (2023) 91---100. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2022.10.002>



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Recomendación 1

Se desaconseja la determinación de niveles lipídicos en el contexto de un proceso inflamatorio agudo no cardiovascular. Se recomienda la determinación de niveles lipídicos en las primeras 24 h de un proceso isquémico agudo arterioscleroso.

Recomendación 2

No se requiere de rutina ayuno para la determinación de un perfil de lípidos en la valoración del riesgo inicial. Si la concentración de triglicéridos es superior a TG ≥ 4,5 mmol/L (≥ 398 mg/dL), es recomendable una segunda determinación en ayunas para confirmación.

Recomendación 3

Informar de la metodología de las técnicas analíticas o modificación de unidades es esencial para una correcta interpretación de los resultados de laboratorio.

Recomendación 4

La ecuación de Friedewald es precisa en la mayoría de los pacientes con c-LDL > 100 mg/dL y TG < 150 mg/dL. La ecuación modificada de Martin-Hopkins es preferible para el cálculo de c-LDL, sobre todo en pacientes con concentraciones bajas de c-LDL (< 70 mg/dL), concentraciones de TG de 150-400 mg/dL y en muestras sin ayuno. Los ensayos de c-LDL directo deben usarse para la evaluación de c-LDL cuando la concentración de TG es ≥ 400 mg/dL.

Recomendación 5

Los valores de referencia de los parámetros lipídicos en los informes de laboratorio siempre deben referirse al riesgo del paciente y no a valores de normalidad poblacionales. La presencia de asteriscos en valores fuera del intervalo de normalidad poblacional es desaconsejado. Se recomiendan sistemas de alerta para niveles lipídicos extremos sugerentes de dislipidemias graves. Se deben establecer valores específicos para población pediátrica.

Recomendación 6

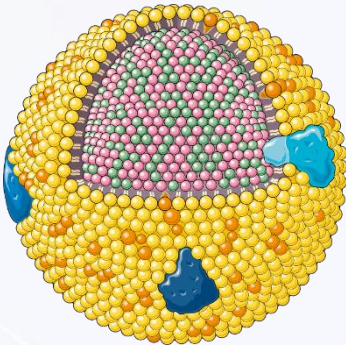
El perfil lipídico básico ha de consistir en la determinación de colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, colesterol no HDL y estimación del colesterol LDL. La lipoproteína (a) debería evaluarse al menos una vez en la vida. En los pacientes con hipertrigliceridemia leve o moderada es recomendable la determinación de colesterol no HDL y Apo B para la valoración del riesgo cardiovascular residual.

Recomendación 7

Se recomienda la determinación de Apo B para la evaluación de riesgo vascular, tipificación de dislipidemias, caracterización del tamaño de partículas, y puede preferirse a colesterol no HDL, en personas con hipertrigliceridemia leve a moderada (175-880 mg/dL), diabetes, obesidad, síndrome metabólico, o c-LDL muy bajo (< 70 mg/dL).

Recomendación 8

Determinación de lipoproteína a [Lp(a)] una vez en la vida, salvo por el desarrollo de circunstancias que puedan implicar cambios importantes como síndrome nefrótico o tratamiento para reducción Lp(a). Las unidades de medida más apropiadas son los nmol/L ([Anexo. Material suplementario. Comentario](#)).



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

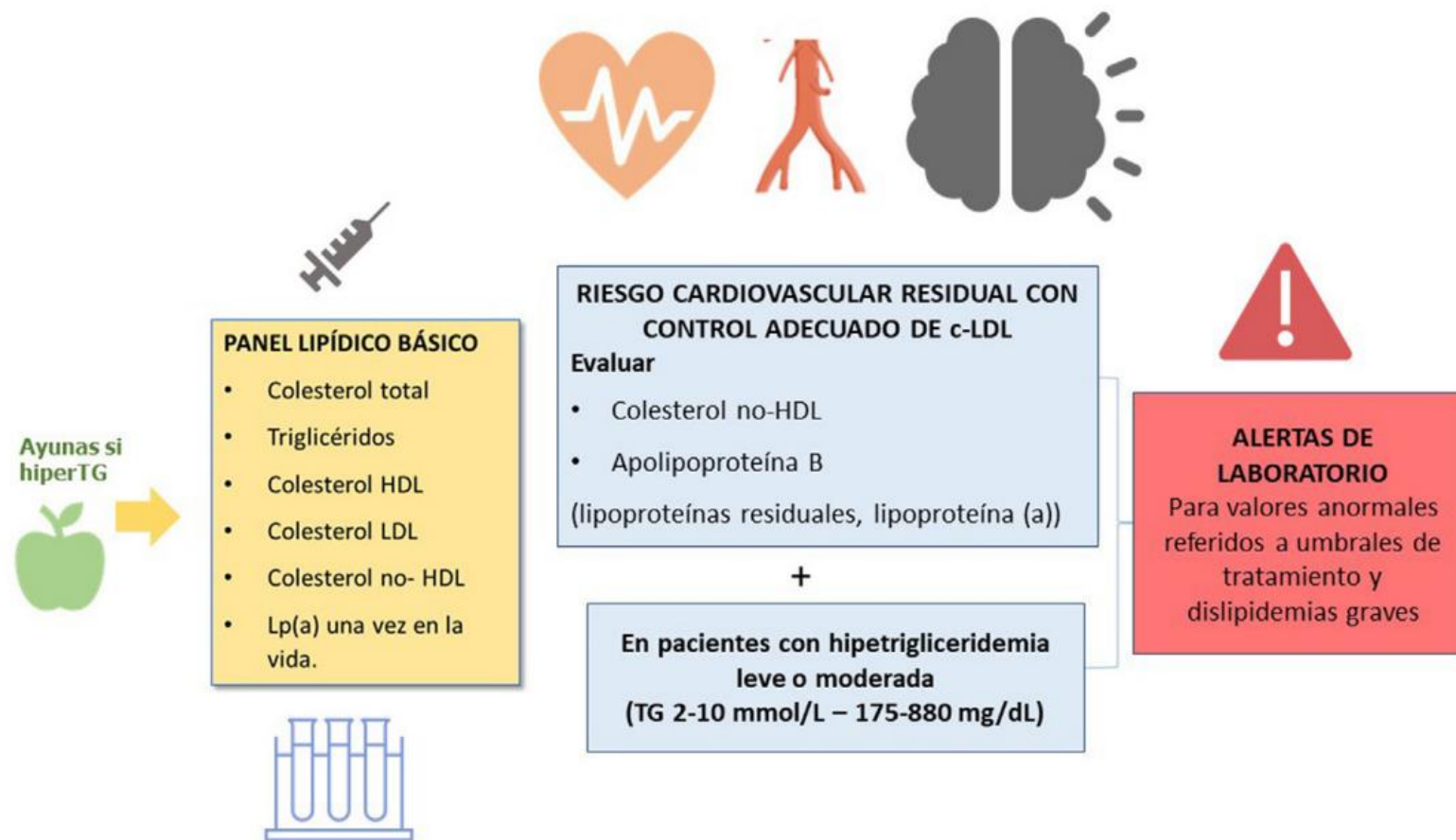
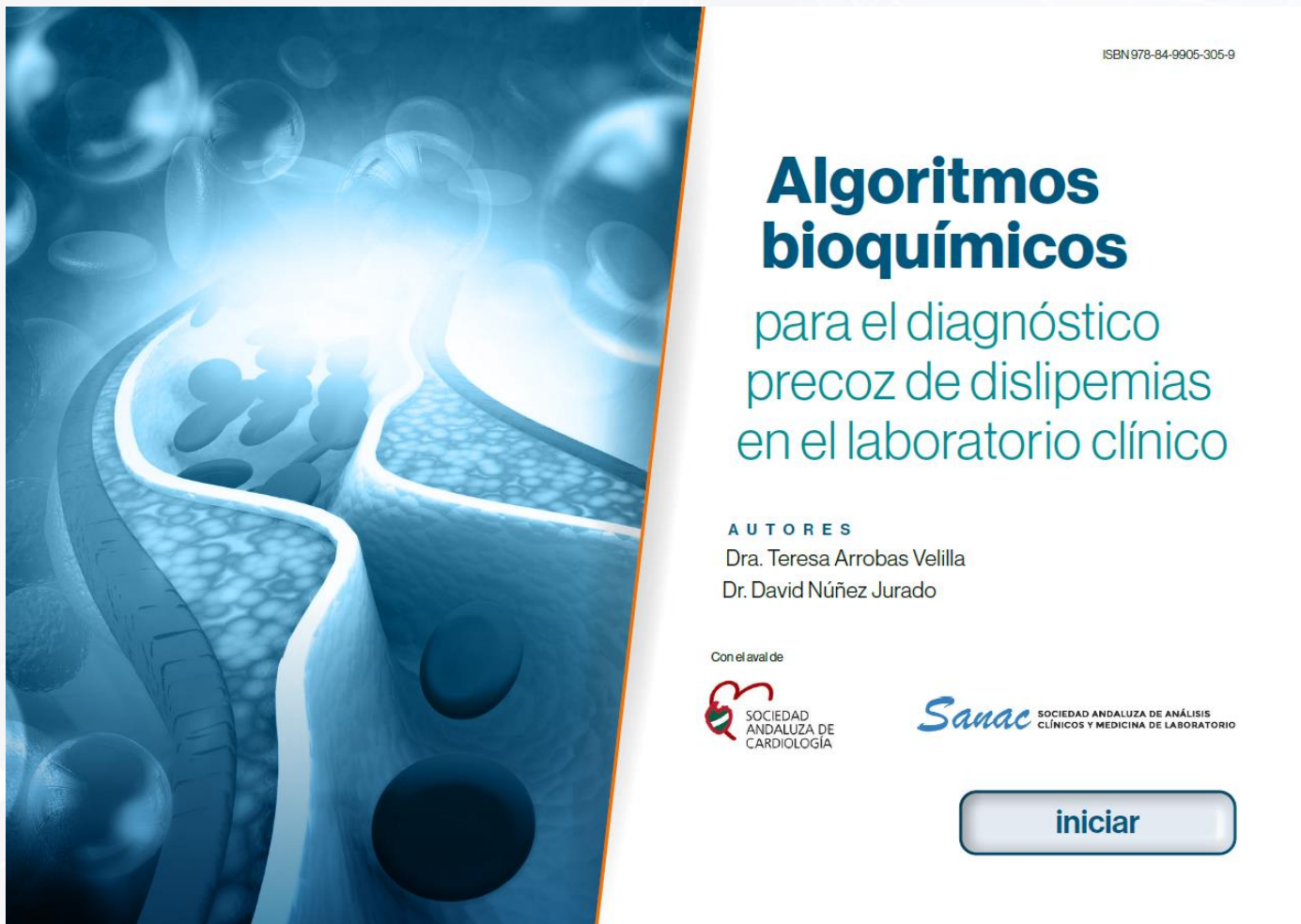


Figura 1 Recomendaciones básicas para el informe de perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles.

T. Arrobas Velilla, C. Guijarro, R. Campuzano Ruiz et al. Documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles ~ ¿Qué parámetros debe incluir un perfil lipídico básico?. Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis 35 (2023) 91---100. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2022.10.002>



Índice de contenidos

Presentación	Perfiles lipídicos	Alertas en valores críticos	Protocolo Ruta Asistencial del SCA
Algoritmos	Informes	Anexos	Bibliografía

La decisión de cambiar la categoría de riesgo de un paciente sobre la base de sus factores de riesgo, debe basarse en el juicio clínico, lo cual está más allá de la responsabilidad del laboratorio.

https://sanac.org/images/site/Documentos/Algoritmos_Bioquimicos_Diagnostico_precoz_Dislipemias.pdf



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Atherosclerosis

journal homepage: www.elsevier.com/locate/atherosclerosis



Lipid clinics worldwide: harmonization and guidance on how to optimally organize and fund. European Atherosclerosis Society consensus statement across 55 countries and more than 500 lipid clinics

Christian Bork^{a,b,*} , Børge G. Nordestgaard^{c,d,**} , Berit Storgaard Hedegaard^e, Michal Vrablik^f, Elsie Evans^g, Tomas Freiburger^h, Zlatko Fras^{i,j}, David Nanchen^k, Fouzia Sadiq^l, Kausik K. Ray^m, Kirsten Holven^{n,o}, Jeanine E. Roeters van Lennep^p, Ulrich Laufs^q, Marianne Benn^{d,r}, Shoaib Afzal^{c,d}, Evangelos Liberopoulos^s, Katariina Öörni^{t,u}, Meral Kayikcioglu^v, Mutaz Al-Khnifsawi^w, Khalid Al-Rasadi^x, Lambert Tetteh Appiah^y, Makhabbat Bekbossynova^z, Marianne Becker^{aa}, Christoph J. Binder^{ab}, Máxima Méndez Castillo^{ac}, Mariia Cherska^{ad}, Krzysztof Chlebus^{ae}, Pablo Corral^{af}, Ronen Durst^{ag}, Marat Ezhov^{ah}, Dan Gaita^{ai}, Federica Galimberti^{aj}, Daniel Gaudet^{ak}, Tea Gamezardashvili^{al}, Angel Alberto García-Peña^{am},

Las **clínicas de lípidos** ofrecen una evaluación diagnóstica especializada, gestión del estilo de vida y tratamiento hipolipemiante basado en la evidencia para prevenir la ECVA y la pancreatitis aguda en personas de alto riesgo.

Bork C, Nordestgaard B, Hedegaard B, et al. Lipid clinics worldwide: harmonization and guidance on how to optimally organize and fund. European Atherosclerosis Society consensus statement across 55 countries and more than 500 lipid clinics *Atherosclerosis*, 2026; 418. [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(26\)00123-1/fulltext](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(26)00123-1/fulltext)

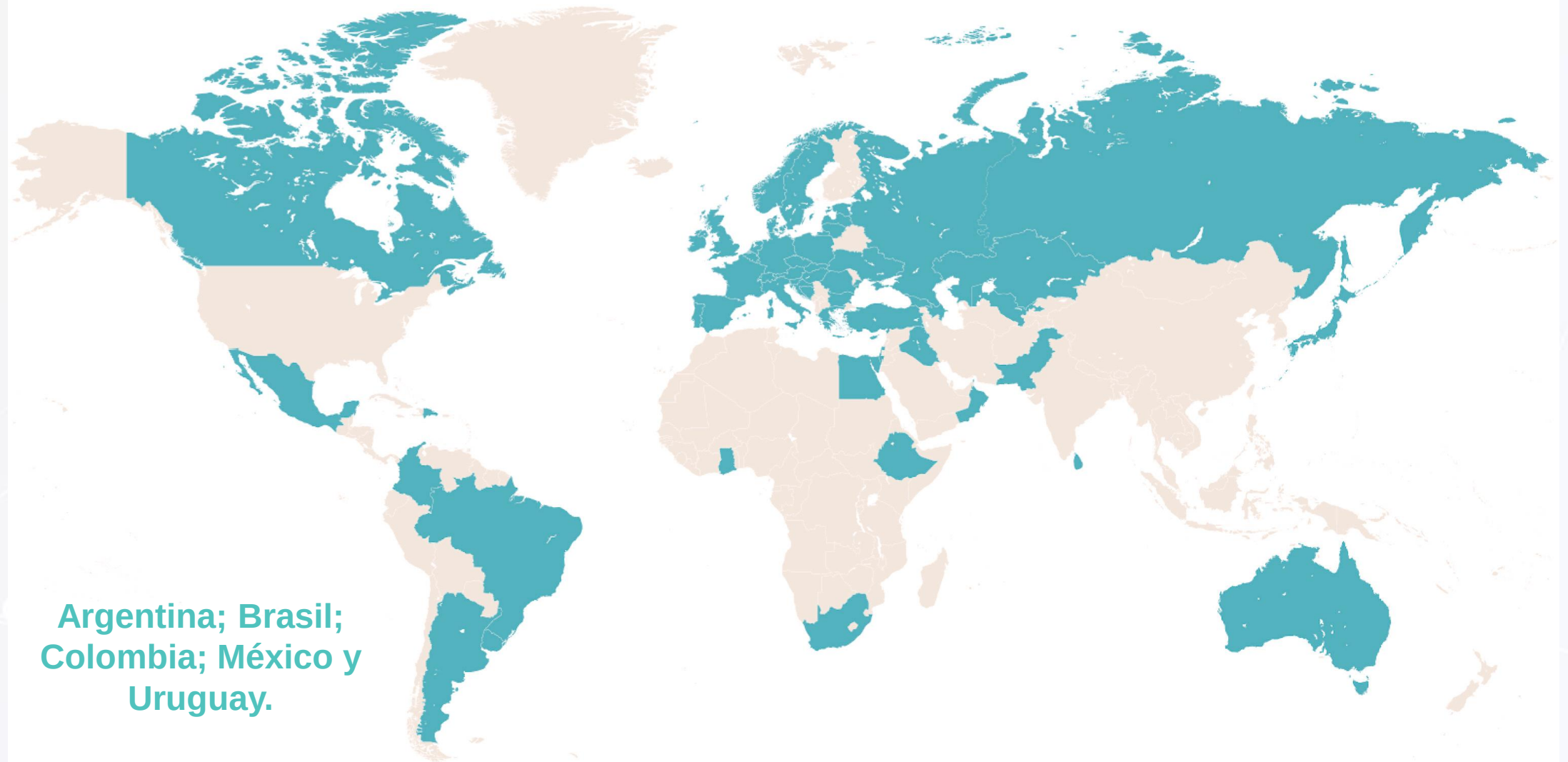


58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Countries belonging to the EAS Lipid Clinic Network



**Argentina; Brasil;
Colombia; México y
Uruguay.**

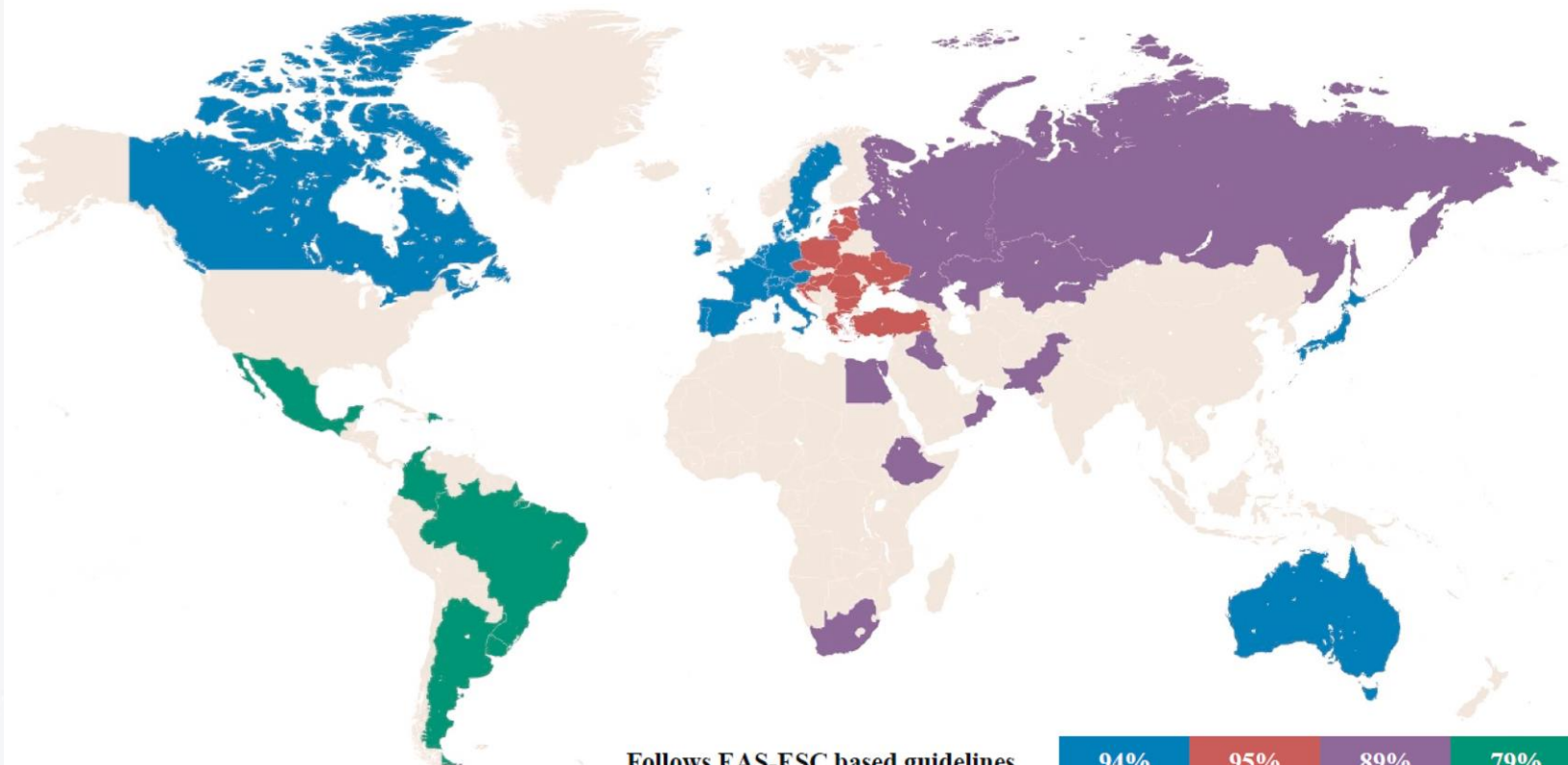
Bork C, Nordestgaard B, Hedegaard B, et al. Lipid clinics worldwide: harmonization and guidance on how to optimally organize and fund. European Atherosclerosis Society consensus statement across 55 countries and more than 500 lipid clinics Atherosclerosis, 2026; 418. [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(26\)00123-1/fulltext](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(26)00123-1/fulltext)



58º Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

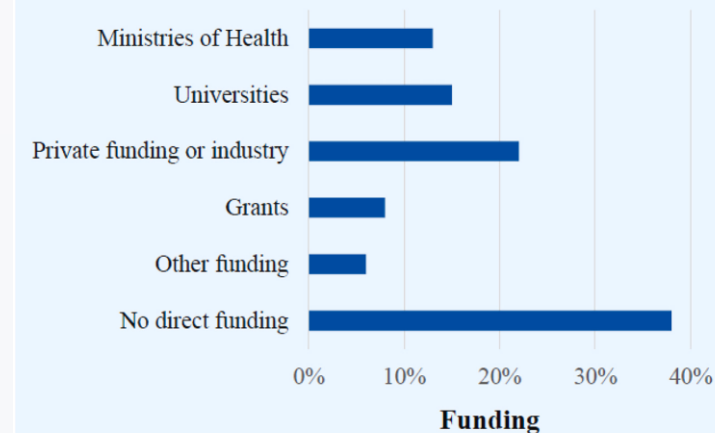
NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Survey of the EAS Lipid Clinic Network



Follows EAS-ESC based guidelines	94%	95%	89%	79%
Risk assessment based on SCORE	61%	75%	40%	72%
Lipoprotein(a) widely available	52%	42%	0%	33%
Genetic testing widely available	48%	25%	0%	10%
Angio-CT and CAC widely available	31%	72%	9%	0%
PCSK9-ab commonly available	76%	26%	15%	0%

Survey of the EAS Lipid Clinic Network



Bork C, Nordestgaard B, Hedegaard B, et al. Lipid clinics worldwide: harmonization and guidance on how to optimally organize and fund. European Atherosclerosis Society consensus statement across 55 countries and more than 500 lipid clinics Atherosclerosis, 2026; 418. [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(26\)00123-1/fulltext](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(26)00123-1/fulltext)



58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Availability of diagnostic tests in lipid clinics

Diagnostic tests \ Countries	Low and lower-middle income	Upper-middle income	High income
Simple screening tests^a: Total cholesterol (TC), triglycerides (TG)	Available	Standard lipid profile + lipoprotein(a) preferred	Standard lipid profile + lipoprotein(a) preferred
Standard lipid profile TC, HDL-C, TG, LDL-C, remnant-C ^b , non-HDL-C ^b	Mostly available	Available	Universally available
Screening for secondary hyperlipidaemia TSH, eGFR, glucose, ALT, AST, GGT, urinary protein (AUCR)	Mostly available	Available	Universally available
Lipoprotein(a)	Limited access	Available^c	Available^c
Additional lipid tests ApoB, directly measured LDL-C	Limited access	Available^c	Available^c
Genetic testing Screening for FH, diagnosis of rare genetic hyper- and hypolipidaemias	No access	Limited access	Restricted access

Bork C, Nordestgaard B, Hedegaard B, et al. Lipid clinics worldwide: harmonization and guidance on how to optimally organize and fund. European Atherosclerosis Society consensus statement across 55 countries and more than 500 lipid clinics Atherosclerosis, 2026; 418. [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(26\)00123-1/fulltext](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(26)00123-1/fulltext)



58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

CONTENIDO



Contexto mundial



Latinoamérica



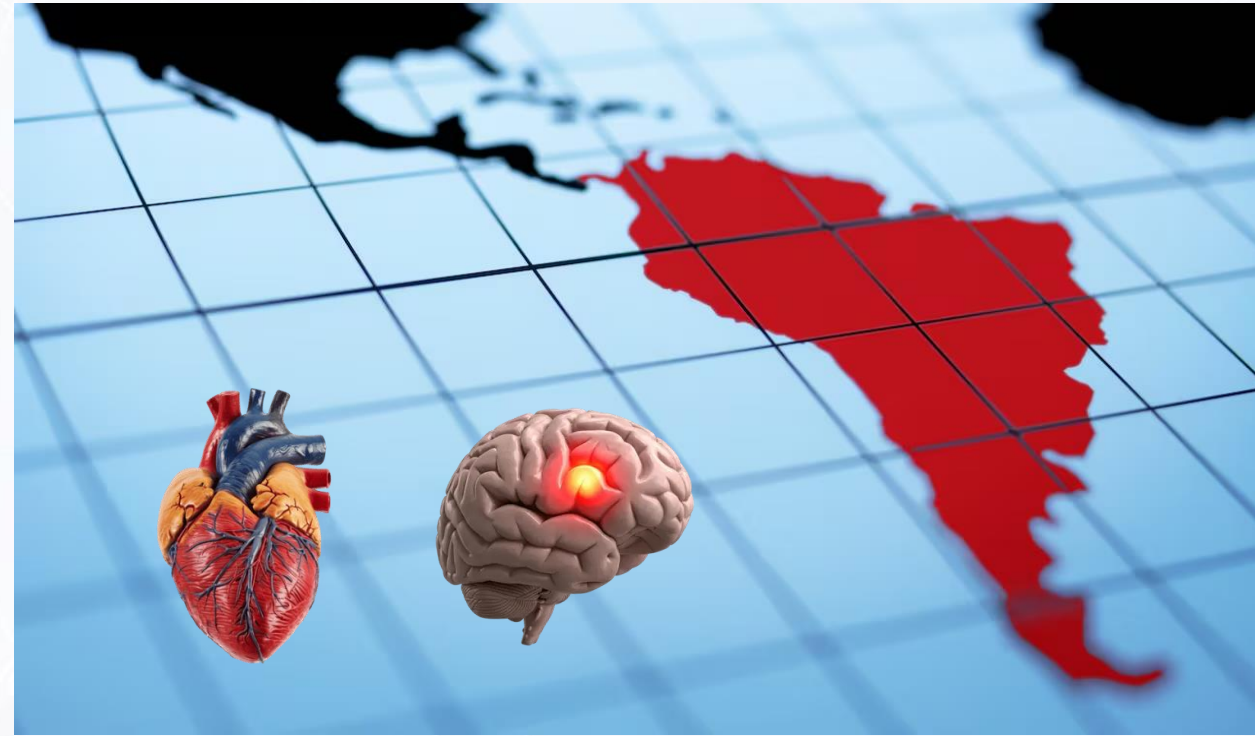
Ejemplos de armonización



Guías Latinoamericanas



Propuesta final



Epidemiology of cardiometabolic health in Latin America and strategies to address disparities

Luisa C. C. Brant^{1,2}, J. Jaime Miranda^{3,4,5}, Rodrigo M. Carrillo-Larco⁶, David Flood⁷, Vilma Irazola⁸ & Antonio Luiz P. Ribeiro^{1,2}

Abstract

In Latin America and the Caribbean (LAC), sociodemographic context, socioeconomic disparities and the high level of urbanization provide a unique entry point to reflect on the burden of cardiometabolic disease in the region. Cardiovascular diseases are the main cause of death in LAC, precipitated by population growth and aging together with a rapid increase in the prevalence of cardiometabolic risk factors, predominantly obesity and diabetes mellitus, over the past four decades. Strategies to address this growing cardiometabolic burden include both population-wide and individual-based initiatives tailored to the specific challenges faced by different LAC countries, which are heterogeneous. The implementation of public policies to reduce smoking and health system approaches to control hypertension are examples of scalable strategies. The challenges faced by LAC are also opportunities to foster innovative approaches to combat the high burden of cardiometabolic diseases such as implementing digital health interventions and team-based initiatives. This Review provides a summary of trends in the epidemiology of cardiometabolic diseases and their risk factors in LAC as well as context-specific disease determinants and potential solutions to improve cardiometabolic health in the region.

¹Faculty of Medicine, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. ²Hospital das Clínicas Telehealth Center, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. ³Sydney School of Public Health, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Camperdown, New South Wales, Australia. ⁴CRONICAS Center of Excellence in Chronic Diseases, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru. ⁵Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK. ⁶Hubert Department of Global Health, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, GA, USA. ⁷Department of Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA. ⁸Center of Excellence for Cardiovascular Health, Department of Research in Chronic Diseases, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Buenos Aires, Argentina. ✉e-mail: luisabram@gmail.com

Sections

Introduction

Sociodemographic context

Epidemiology of cardiometabolic disease

Addressing cardiometabolic health inequity

Challenges and opportunities

Conclusions



Las poblaciones adultas de América Latina y el Caribe (ALC) suelen experimentar **adversidades biológicas y sociales desde temprana edad**, lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiometabólicas y sus complicaciones



Las ECV son la principal causa de muerte en ALC, y la creciente prevalencia de factores de riesgo cardiometabólico evidencia **la importancia de las políticas de salud pública para contrarrestar estas tendencias**.



El aumento de la urbanización, rápido envejecimiento, deterioro de las condiciones socioeconómicas y la inequidad, crean un entorno que favorece la mala salud cardiometabólica.

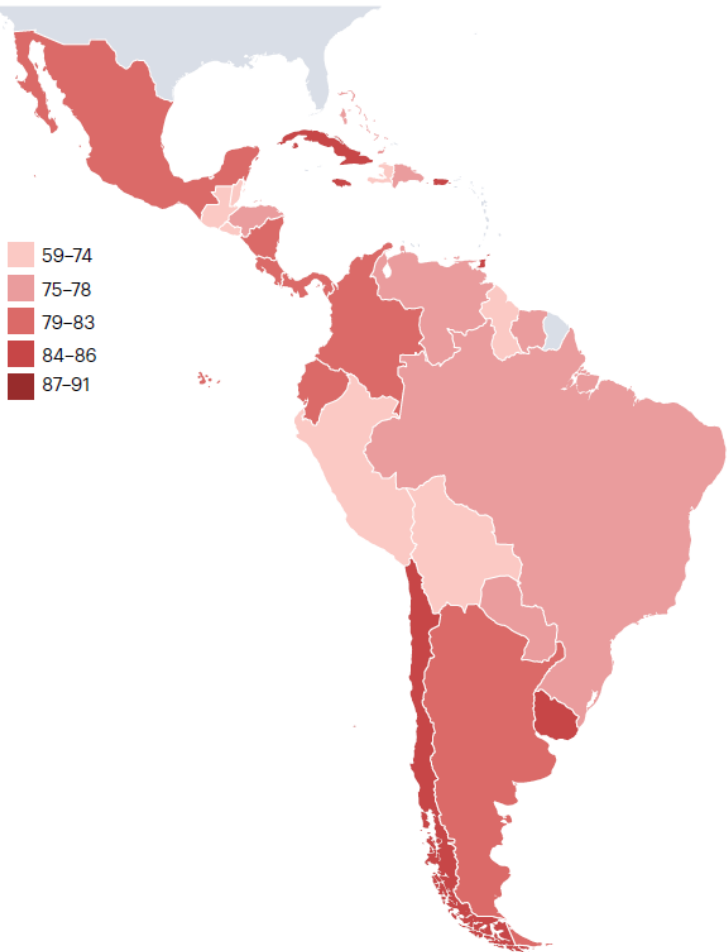


Se deben implementar en ALC soluciones innovadoras que han demostrado ser efectivas, como las **intervenciones de salud digital y las estrategias basadas en equipos**, con el apoyo de inversiones locales, regionales y globales.

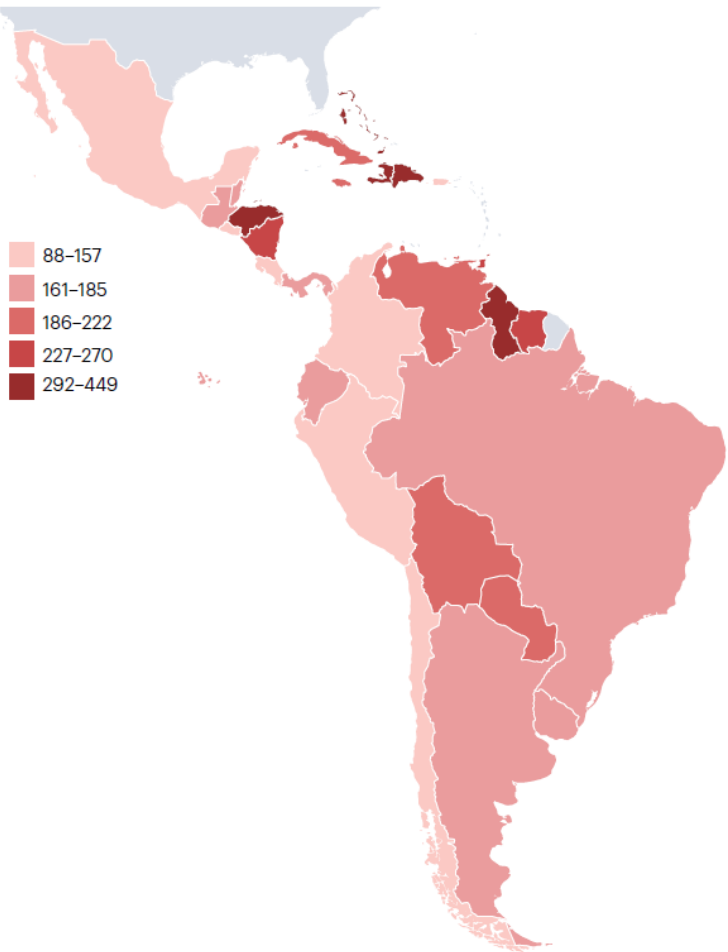
Brant LCC, Miranda JJ, Carrillo-Larco RM, Flood D, Irazola V, Ribeiro ALP. Epidemiology of cardiometabolic health in Latin America and strategies to address disparities. Nat Rev Cardiol. 2024 Dec;21(12):849-864. <https://doi.org/10.1038/s41569-024-01058-2>

Proporción de muertes por ECNT y mortalidad cardiovascular en ALC por país

a Proportion of deaths from non-communicable diseases (%)



b Age-standardized cardiovascular mortality per 100,000

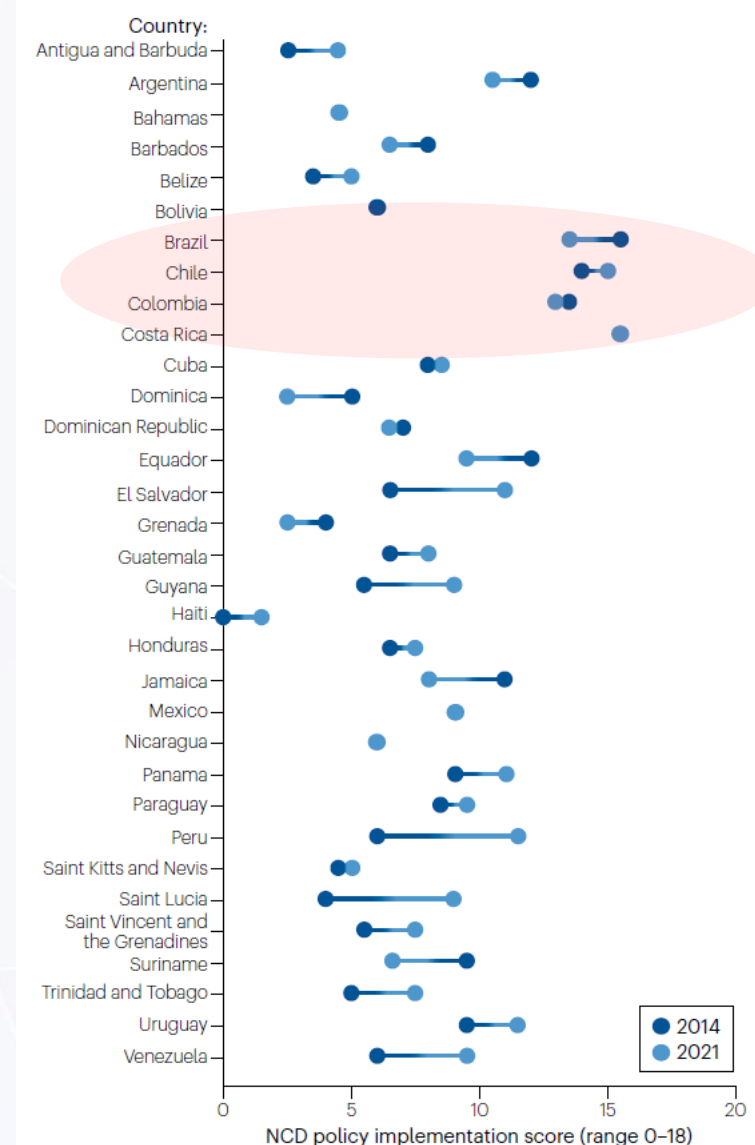
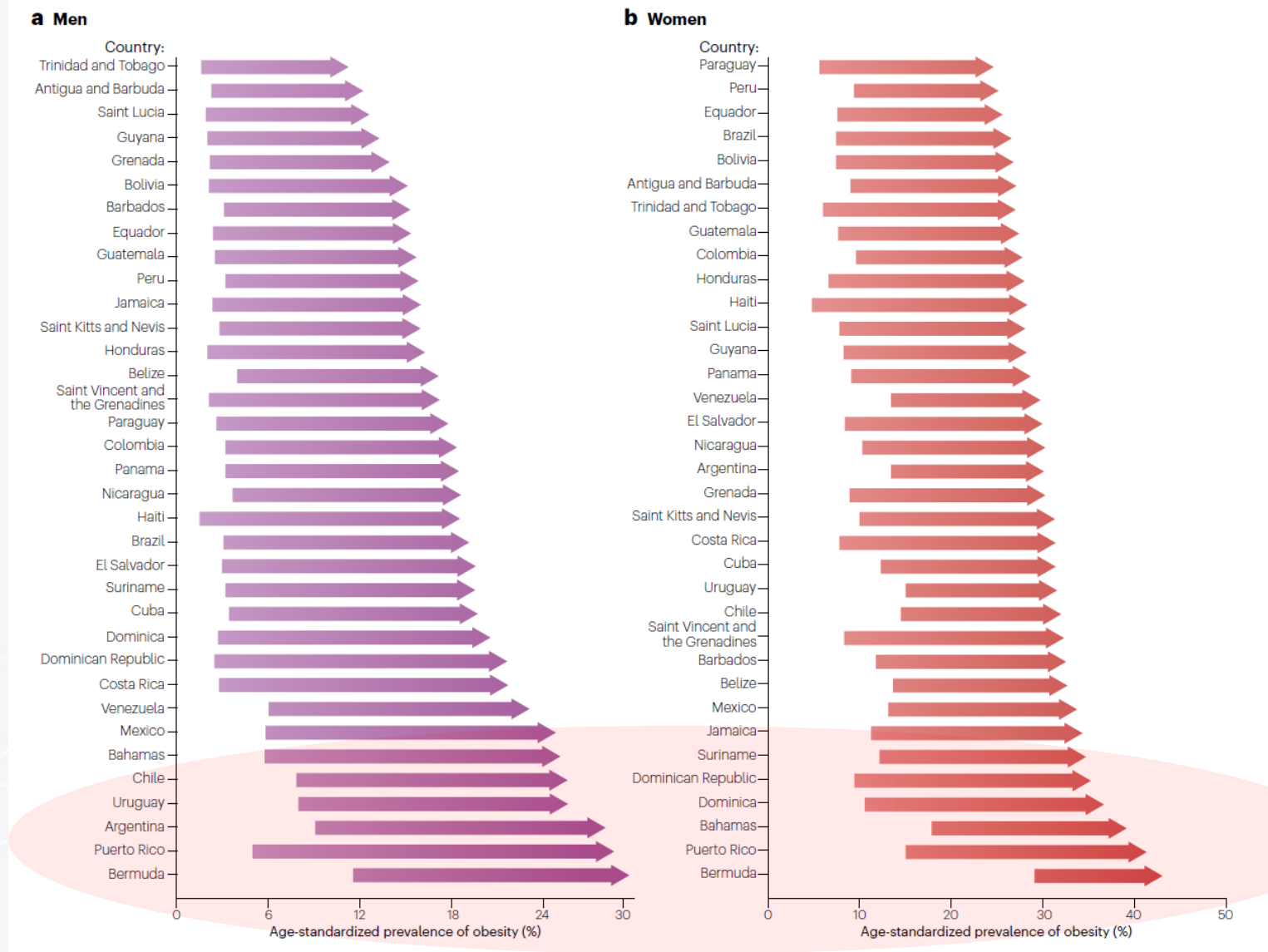


Indicator	Brazil	Peru
Population in 2023 (millions)	216	34
Urban population in 2023 (%)	88	79
Gross domestic product per capita in 2023 (US\$)	10,043	7,789
Poverty headcount ratio at intl\$2.15 per day in 2021 (% of population)	5.8	2.9
Educational attainment in 2022 (completed lower secondary, %)	66	62
Life expectancy at birth in 2019 (years)	76	80
Age-standardized cardiovascular mortality in 2019 (per 100,000 inhabitants)	176	88
Ischaemic heart disease mortality in 2019 (per 100,000 inhabitants)	75	49
Stroke mortality in 2019 (per 100,000 inhabitants)	58	27
Prevalence of hypertension in 2015 in adult men/women (%)	27/20	16/11
Prevalence of diabetes mellitus in 2014 in adult men/women (%)	9/9	7/8
Prevalence of obesity in 2016 in adult men/women (%)	26/27	26/27

Perú está menos urbanizado que Brasil y tiene menor mortalidad cardiovascular, mayor esperanza de vida y un mejor perfil de salud cardiovascular. La prevalencia del tabaquismo en Brasil, la creciente carga de obesidad y diabetes mellitus son actualmente la mayor amenaza para la tendencia decreciente de mortalidad anterior.

Brant LCC, Miranda JJ, Carrillo-Larco RM, Flood D, Irazola V, Ribeiro ALP. Epidemiology of cardiometabolic health in Latin America and strategies to address disparities. Nat Rev Cardiol. 2024 Dec;21(12):849-864. <https://doi.org/10.1038/s41569-024-01058-2>





Brant LCC, Miranda JJ, Carrillo-Larco RM, Flood D, Irazola V, Ribeiro ALP. Epidemiology of cardiometabolic health in Latin America and strategies to address disparities. Nat Rev Cardiol. 2024 Dec;21(12):849-864. <https://doi.org/10.1038/s41569-024-01058-2>

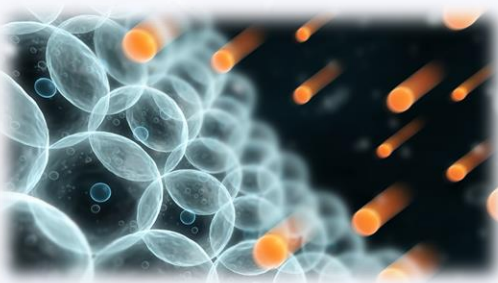
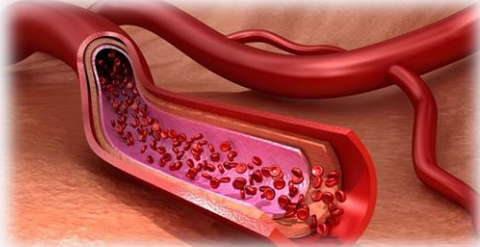
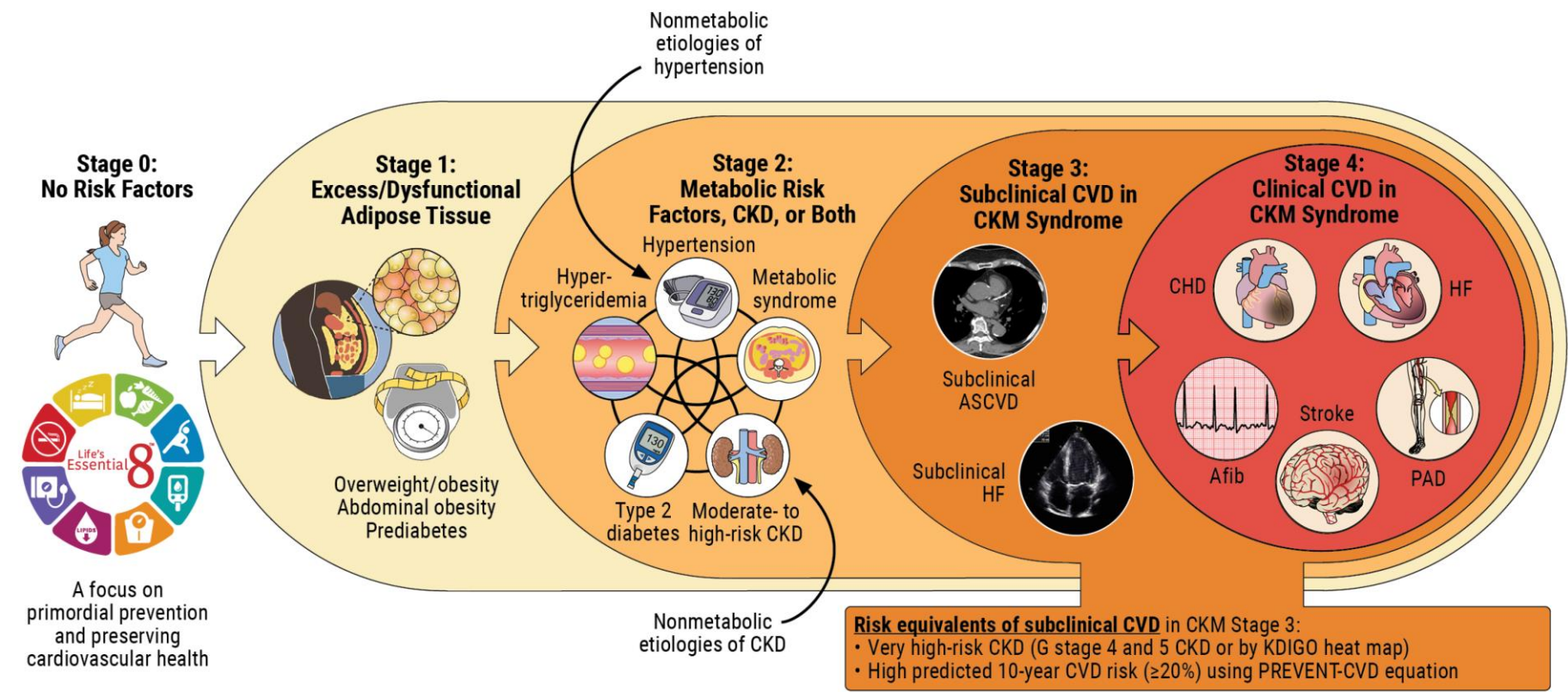


58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Stages of CKM Syndrome



Revista Colombiana de Cardiología

Volumen 31 Suplemento 4
ISSN:0120-5633

Noviembre 2024
www.rccardiologia.com
www.revcolcard.org

CONSENSO COLOMBIANO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS EN ADULTOS

COLOMBIAN CONSENSUS FOR THE DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF DYSLIPIDEMIAS IN ADULTS

Órgano oficial de la Asociación



SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR



PERMANYER
www.permanyer.com



En Colombia, la **enfermedad isquémica** del corazón lideró las causas de muerte en 2023, representando el **17.2% del total de decesos**, además de generar una carga financiera significativa para el sistema de salud.

Asociación Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. **Consenso Colombiano para el Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias en Adultos**. Rev Col Cardiol. 2014;21(Supl 4):1-64.
https://rccardiologia.com/portadas/rcc_24_31_supl-4.pdf



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

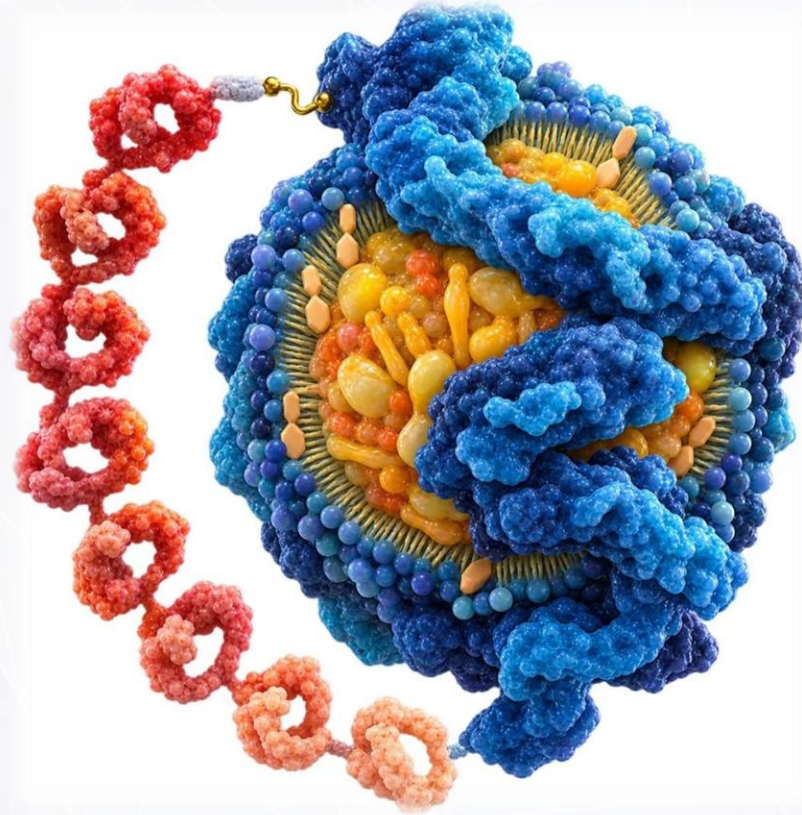
¿Cuál es la estrategia más adecuada de tamizaje para dislipidemia en la población adulta en Colombia?

Medición de:

1. CT, TG y HDL
2. CT, TG, HDL y LDL directo
3. CT, HDL, TG, LDL calculado, LP(a) y ApoB, comparado con la medición de colesterol total de forma aislada.

Se recomienda, como estrategia de tamizaje para dislipidemia en adultos:

1. Medición de CT, TG, HDL y el cálculo de LDL.
2. La determinación de Lp(a) se debe realizar en todos los pacientes, por lo menos una vez en la vida.



Puntos de buena práctica

- Para calcular LDL, el nivel de TG debe ser < 400 mg/dL.
- Utilizar: *Friedewald, Sampson y Martin/Hopkins*, entre otras.
- En pacientes con TG > 400 mg/dl, se requiere medir LDL.
- La Lp(a) debe medirse preferiblemente en nmol/L.
- La medición de ApoB debe realizarse cuando se considere un objetivo terapéutico o sus valores generen cambios en la conducta de tratamiento de los pacientes.

Guía nacional de recomendaciones para el abordaje de las dislipemias del adulto

Versión revisada
Uruguay, 2025



Ministerio de Salud Pública. (2025). Guía nacional de recomendaciones para el abordaje de las dislipemias del adulto (Versión revisada). Gobierno de Uruguay.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-nacional-recomendaciones-para-abordaje-dislipemias-del-adulto>

Perfil lipídico

- El perfil lipídico mínimo consta: colesterol total, HDL) y TG.
- El cLDL en general se calcula utilizando la fórmula de Friedewald.
- La fórmula es válida sólo si la concentración de TG es < a 400 mg/dL.
- El colesterol no HDL evalúa la cantidad total de lipoproteínas aterogénicas.

Lipoproteína (a): determinarla sus niveles en:

- Antecedentes familiares de Lp(a) elevada.
- Antecedentes familiares o personales de enfermedad vascular precoz.
- Hipercolesterolemia familiar.
- Descenso menor al esperado de los niveles de LDL con el tratamiento farmacológico adecuado.
- En prevención secundaria dado que valores elevados de Lp(a) implican recomendaciones de objetivos terapéuticos de mayor intensidad y
- Recurrencia de manifestaciones de enfermedad aterosclerótica a pesar de tratamiento adecuado con hipolipemiantes.

Apo B

- La limitada accesibilidad de apo B en nuestro medio hace que no se recomiende su dosificación en forma sistemática.
- El colesterol no HDL es fácilmente disponible sin agregar un costo adicional.

Estudio genético:

- Se recomienda en casos de sospecha de hipercolesterolemia familiar (HF) o en el diagnóstico diferencial en pacientes con hipercolesterolemia severa aislada.

Score de Calcio coronario

- Considerarlo en adultos asintomáticos ≥40 años que podrían beneficiarse del tratamiento con estatinas.

Tabla 6: Tamizaje de dislipemia.

Personas ≥ de 40 años	
• < de 40 años con: • ECV • Signos clínicos como arco corneal, xantomas, xantelasmas • HTA • DM • Aneurisma de aorta abdominal • Tabaquismo • Obesidad (IMC >= 30 kg/m2) • ERC	• Antecedentes familiares de dislipemia • Historia familiar de ECV prematura • Enfermedad autoinmune sistémica • VIH • Disfunción eréctil • EPOC • Estados hipertensivos en el embarazo • Menopausia precoz

Tabla 8. Estratificación de RCV (WHO/ISH Risk prediction charts)

RCV < 5%	Riesgo CV bajo
RCV entre 5 y < de 10%	Riesgo CV moderado
RCV entre 10 y < de 20%	Riesgo CV alto
RCV entre 20 y < de 30%	Riesgo CV muy alto
RCV mayor o igual ≥ 30%	Riesgo CV crítico

Ministerio de Salud Pública. (2025). Guía nacional de recomendaciones para el abordaje de las dislipemias del adulto (Versión revisada). Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-nacional-recomendaciones-para-abordaje-dislipemias-del-adulto>





Ministerio de Salud de Chile. (2018). Orientación Técnica Dislipidemias. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades.
<https://soched.cl/guias/Dislipidemias-MINSAL-Chile-2018.pdf>



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

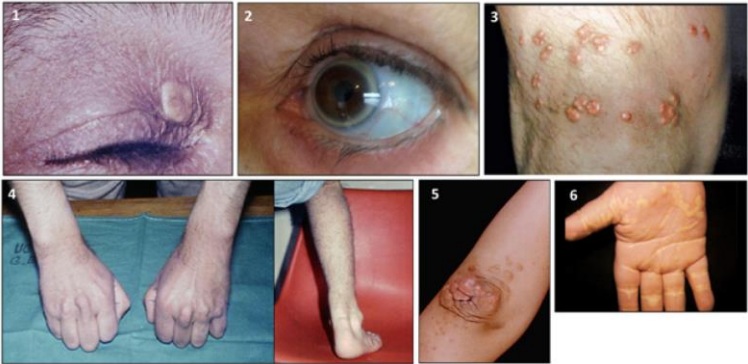
NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Tabla 1. Prevalencia de las dislipidemias, ENS 2016-2017 (30).

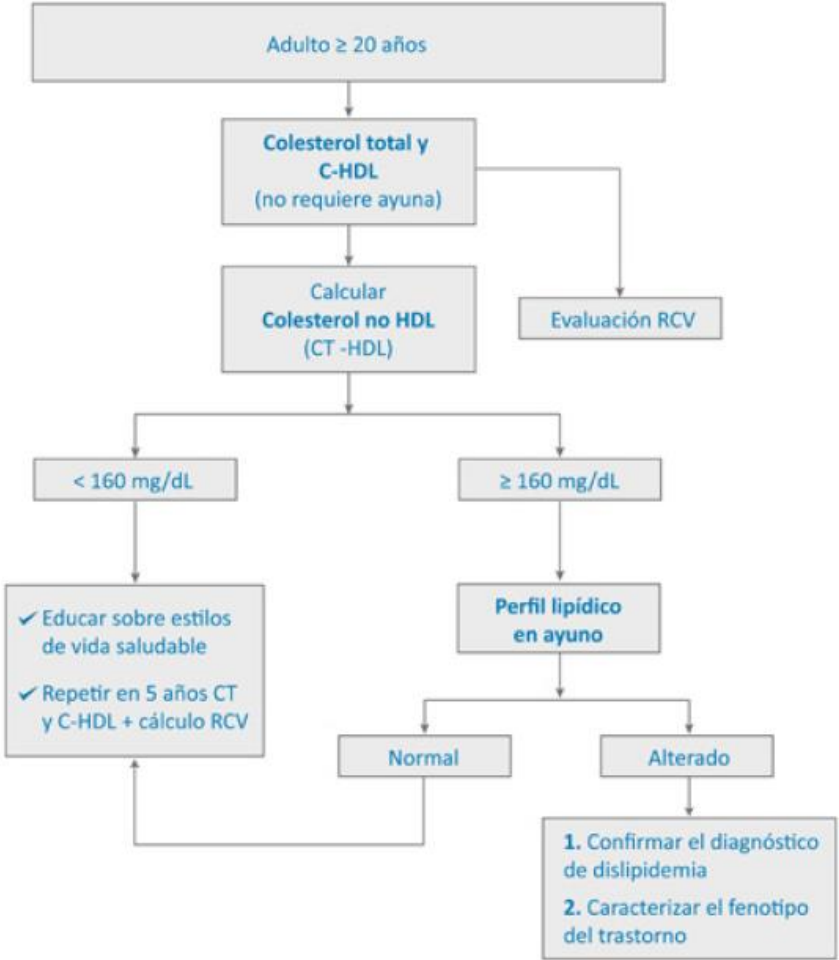
	Prevalencia Nacional
Colesterol total $\geq$ 200 mg/dL	27.8%
Colesterol total $\geq$ 240 mg/dL	6.6%
C-LDL $\geq$ 100 mg/dL	52.3%
C-HDL bajo	45.8%
Triglicéridos $\geq$ 150mg/dL	35.8%

Si el tamizaje resulta positivo se debe realizar un **perfil lipídico en ayunas** para confirmar el diagnóstico de dislipidemia y caracterizar el fenotipo del trastorno, además de buscar factores involucrados en la etiopatogenia de la dislipidemia y otros FRCV asociados

Figura 4. Imágenes signos clínicos dislipidemias



Algoritmo 1. Tamizaje dislipidemia en población adulta sana



Ministerio de Salud de Chile. (2018). Orientación Técnica Dislipidemias. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades.
<https://soched.cl/guias/Dislipidemias-MINSAL-Chile-2018.pdf>

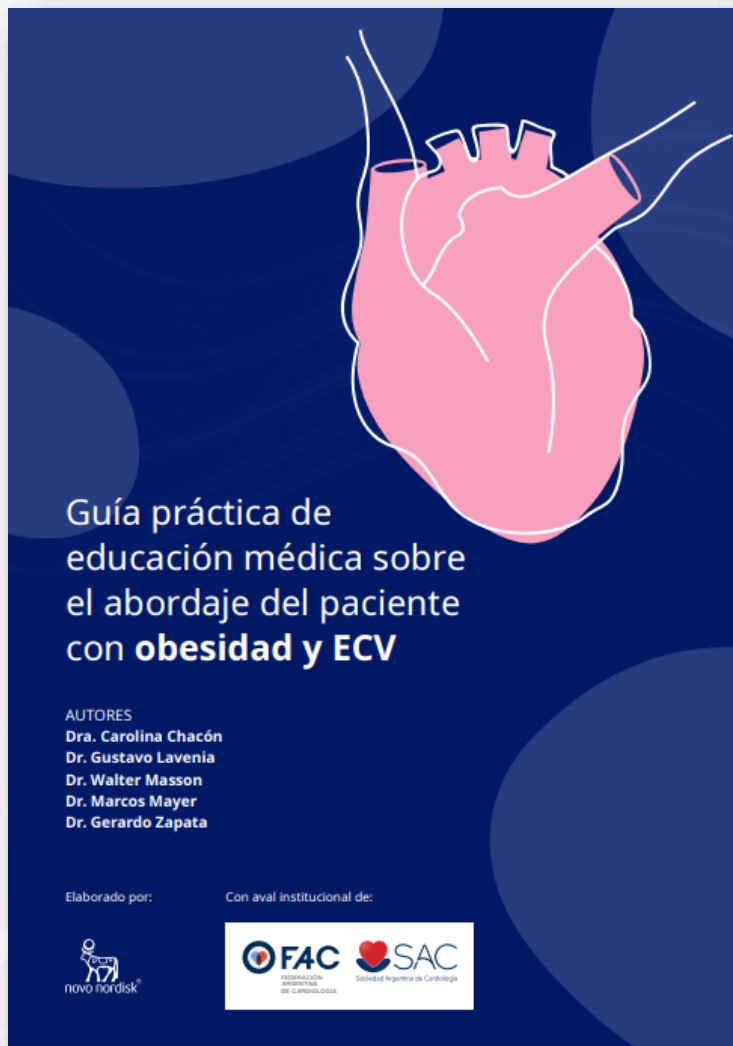


FIGURA 1 - MAGNITUD DEL PROBLEMA: UNA EPIDEMIA EN CRECIMIENTO

LA OBESIDAD YA NO ES EL CONTEXTO: ES EL ESCENARIO PRINCIPAL



Argentina 2025

73% de la población con IMC elevado y 39% con obesidad.



Población mundial

Aproximadamente el 16% tiene obesidad. Esta cifra se ha duplicado desde 1990 y la tendencia continúa al alza.

PACIENTE POSTEVENTO ATEROSCLERÓTICO: EL EXCESO DE PESO ES LA NORMA

EL PACIENTE POSTEVENTO CORONARIO AGUDO CASI NUNCA TIENE NORMOPESO

Sobrepeso  **89,2%** de los que sufrieron un evento coronario agudo tienen sobrepeso.

Obesidad  **54,2%** de los pacientes cumplen con los criterios diagnósticos de obesidad.

Obesidad central  **58,2%** La acumulación de grasa abdominal está presente en casi 6 de cada 10 pacientes.

LA OPORTUNIDAD DEL MANEJO DEL PESO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

- **Falta de objetivos terapéuticos claros.**
- **Abordaje cardiometabólico fragmentado.** Priorizar un enfoque integral y multifactorial entre especialidades para prevención secundaria.
- **Foco en factores de riesgo tradicionales.** La estrategia habitualmente se centra en c-LDL y TA, subestimando el impacto del sobrepeso y la obesidad en la evolución CV.
- **Brecha entre fase aguda y seguimiento ambulatorio.**

Este escrito no solo busca informar, sino dotar al profesional de las herramientas para navegar estas nuevas fronteras terapéuticas, siempre con el **objetivo último de mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad de quienes padecen esta compleja enfermedad.**



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Documento de posición de la Sociedad Argentina de Lípidos (SAL) sobre la lipoproteína (a) o Lp(a)

Dr. Pablo Corral¹, Dr. Juan P. Nogueira², Dra. Laura Schreier³, Dra. Gabriela Berg³, Dr. Walter Masson⁴, Dr. Carlos Aguilar Salinas⁵, Dr. Rodrigo Alonso⁶, Dr. Santiago Lynch⁷, Dr. Augusto Lavalle Cobo⁸

¹ Universidad FASTA, Departamento Investigación, Mar del Plata, Argentina

² Centro de Investigación en Endocrinología, Nutrición y Metabolismo (CIENM), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Formosa, Formosa, Argentina

³ Facultad de Farmacia y Bioquímica, Hospital de Clínicas José de San Martín, Laboratorio de Lípidos y Aterosclerosis,

Universidad de Buenos Aires, INFIBIOC-UBA, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

⁴ Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

⁵ Dirección de Nutrición, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

⁶ Centro Avanzado Medicina Metabólica y Nutrición, Santiago de Chile, Chile

⁷ Instituto Cardiovascular San Isidro, Sanatorio Las Lomas, San Isidro, Argentina

⁸ Sanatorio Finchietto, Clínica OCM, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

La lipoproteína (a) o Lp(a) es una partícula similar a la lipoproteína de baja densidad (LDL) unida a la Apo(a). Su valor se determina de forma genética y las medidas higiénico-dietarias no varían su nivel plasmático. La medición de esta lipoproteína se expresa en nmol/l. Se requiere que esta determinación se realice a toda persona al menos una vez en la vida. Los valores superiores a 100-125 nmol/l se han asociados con aumento de la incidencia de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y estenosis valvular aórtica. A la fecha, no existe un tratamiento farmacológico específico para el aumento de la concentración de Lp(a), pero están en curso diferentes compuestos específicamente diseñados a tal fin.

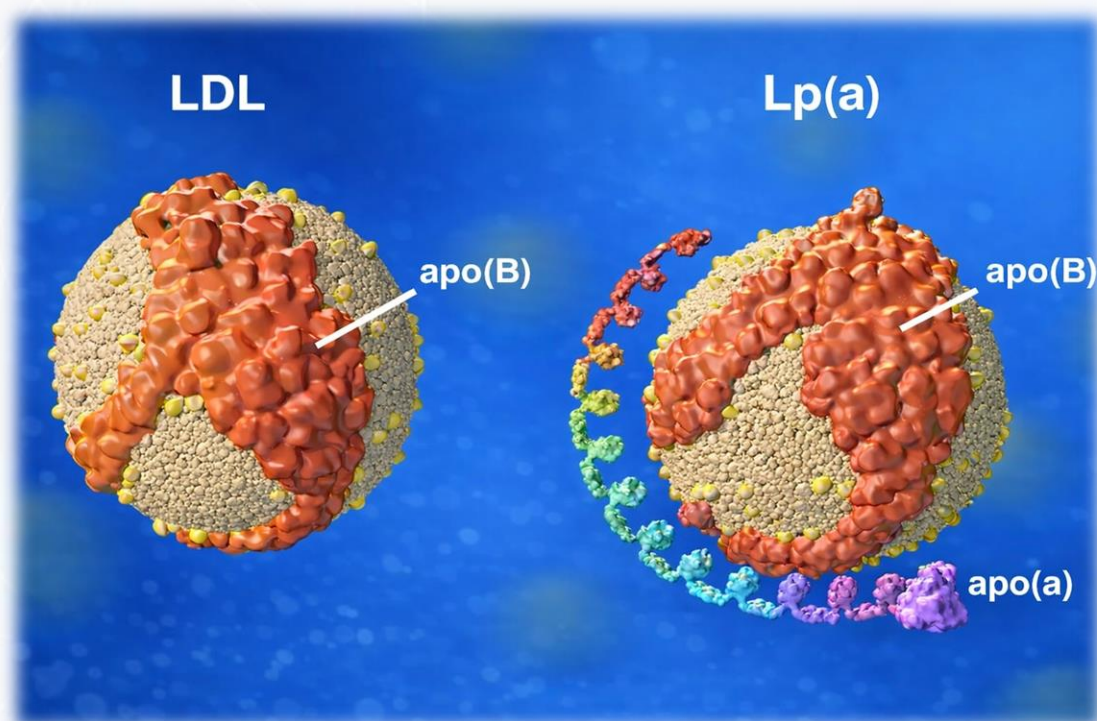
¿QUÉ ES LA Lp(a)?

La Lp(a) es una lipoproteína compuesta por una partícula similar a las LDL en la que la apolipoproteína B100 (ApoB100) se une de manera covalente por un solo enlace disulfuro a la Apo(a), que es el componente distintivo de la Lp(a). Por razones etiológicas y fisiológicas desconocidas, la Apo(a) ha evolucionado del gen del plasminógeno a través de procesos de duplicación y remodelación a lo largo de los milenios.¹ El plasminógeno contiene 5 estructuras denominadas *kringles* (KI a

KV) y un dominio de proteasa. El plasminógeno es una proenzima que se convierte en la enzima fibrinolítica plasmina por activadores del plasminógeno, como la uroquinasa y el activador tisular activador del plasminógeno, ya sea de forma endógena o iatrogénica. La Apo(a) carece de los KI, KII y KIII del plasminógeno, pero en su lugar contiene 10 subtipos del KIV (KIV₁-KIV₁₀), un copia del KV y un dominio proteasa inactivo. A su vez, los KIV₁ y KIV₂₋₁₀ están presentes en una copia y es en el *kringle* IV tipo 2 (KIV₂) donde subyace la clave de la partícula de Lp(a), ya que puede variar en el número de copias o repeticiones.^{2,3} Las repeticiones del KIV₂ en la Apo(a) conducen a la heterogeneidad del tamaño de la isoforma de Lp(a), que van de 2 a más de 40 repeticiones, con un considerable polimorfismo de tamaño (200-800 kDa). La isoforma de apoyo más grande descrita hasta ahora tiene 52-54 repeticiones de KIV₂. Esta variabilidad de tamaño es un fenómeno único, ya que otras lipoproteínas suelen tener masas constantes.

Existe una correlación inversa entre el tamaño de la isoforma y la concentración plasmática de Lp(a); la isoforma más pequeña contribuye a una mayor producción y concentración de Apo(a) que la isoforma más grande. Esta relación se produce porque la Apo(a) de tamaño pequeño resulta en una tasa mayor de producción y secreción por parte del

Desde el punto de vista de la rentabilidad y en línea con las normas europeas de la European Cardiology Society (ESC)/European Atherosclerosis Society (EAS), coincidimos en **recomendar la medida de Lp(a) en todos los individuos, dado que, además de mejorar la evaluación del riesgo, permitirá la detección de otros familiares portadores de Lp(a) elevada para tomar medidas preventivas.**



Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025

Brazilian Guideline on Dyslipidemias and Prevention of Atherosclerosis – 2025

Realização: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Coordenadora geral: Fabiana Hanna Rached

Comissão: Fabiana Hanna Rached, Marcio Hiroshi Miname, Viviane Zorzaneli Rocha, André Zimerman, Fernando Henpin Yue Cesena, Andrei Carvalho Sposito, Raul Dias dos Santos, Paulo Behr, Henrique Tria Bianco, Renato Jorge Alves, Jose Francisco Kerr Saraiva.

Autores da Diretriz: Fabiana Hanna Rached,^{1,2} Marcio Hiroshi Miname,³ Viviane Zorzaneli Rocha,⁴ André Zimerman,⁵ Fernando Henpin Yue Cesena,⁶ Andrei Carvalho Sposito,⁷ Raul Dias dos Santos,⁸ Paulo Eduardo Belfrê,⁹ Henrique Tria Bianco,¹⁰ Renato Jorge Alves,^{11,12} André Arpad Faludi,¹³ Elaine dos Reis Coutinho,¹⁴ Francisco Antonio Hellenstein Jonseca,¹⁵ Luiz Sérgio Fernandes de Carvalho,¹⁶ Adriana Bertolami,¹⁷ Aloisio Manchi da Rocha,¹⁸ Ana Paula Marte,¹⁹ Antonio Carlos Palandri Chagas,^{1,14} Bruno Caramelli,²⁰ Carisi Anne Polanczyk,^{1,14,21} Carlos Eduardo dos Santos Ferreira,^{1,22} Carlos Vicente Serrano Junior,²³ Daniel Branco de Araujo,²⁴ Emílio Hideyuki Moriguchi,²⁵ Fausto J. Pinto,²⁶ Humberto Graner Moreira,²⁷ Isabela de Carlos Back,²⁸ Jose Rocha Faria Neto,²⁹ Kleisson Antônio Pontes Maia,³⁰ Marcelo Chiara Bertolami,³¹ Marcelo Heitor Vieira Assad,³² Maria Cristina de Oliveira Igar,³³ Mauricio Alves Barreto,^{34,35,36} Natasha Shlessarenko Fraile Bagreto,^{37,38} Pedro Gabriel Melo de Barros e Silva,^{37,38,39} Pedro Pimentel Filho,⁴⁰ Raul Cavalcante Maranhão,⁴¹ Sergio Emanuel Kaiser,⁴² Valeria Arruda Machado,⁴³ Jose Francisco Kerr Saraiva.⁴⁴

Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP),¹ São Paulo, SP – Brasil
 Hospital Israelita Albert Einstein,² São Paulo, SP – Brasil Hospital Moisés de Veiros,³ Porto Alegre, RS – Brasil
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul,⁴ Porto Alegre, RS – Brasil
 Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia,⁵ São Paulo, SP – Brasil
 Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),⁶ Campinas, SP – Brasil
 Universidade de São Paulo (USP),⁷ São Paulo, SP – Brasil
 Santa Casa de Porto Alegre,⁸ Porto Alegre, RS – Brasil
 Universidade Federal de São Paulo (UNESP),⁹ São Paulo, SP – Brasil
 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP),¹⁰ São Paulo, SP – Brasil
 Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP),¹¹ São Paulo, SP – Brasil
 Pontifícia Universidade Católica de Campinas,¹² Campinas, SP – Brasil
 Clíety Healthcare Desenvolvimento de Software LTDA,¹³ Jundiaí, SP – Brasil
 Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC,¹⁴ Santo André, SP – Brasil
 Hospital de Clínicas de Porto Alegre,¹⁵ Porto Alegre, RS – Brasil
 Faculdade de Medicina da Universidade de Évora,¹⁶ Évora – Portugal
 Universidade Federal de Goiás (UFG),¹⁷ Goiânia, GO – Brasil
 Universidade Federal de Santa Catarina,¹⁸ Florianópolis, SC – Brasil
 Pontifícia Universidade Católica do Paraná,¹⁹ Curitiba, PR – Brasil
 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais,²⁰ Belo Horizonte, MG – Brasil
 Instituto Nacional de Cardiologia (INC),²¹ Rio de Janeiro, RJ – Brasil
 Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,²² Salvador, BA – Brasil
 Hospital Ana Nery, Universidade Federal da Bahia (UFBA),²³ Salvador, BA – Brasil
 Hospital Fundação Bahiana de Cardiologia e Combate ao Câncer,²⁴ Salvador, BA – Brasil
 Diagnósticos da América (DASA),²⁵ Curitiba, MT – Brasil
 Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT),²⁶ Cuiabá, MT – Brasil
 Hospital do Coração (Hcor),²⁷ São Paulo, SP – Brasil
 Centro Universitário São Camilo,²⁸ São Paulo, SP – Brasil
 Brazilian Clinical Research Institute,²⁹ São Paulo, SP – Brasil

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20250640>

Arq Bras Cardiol. 2025; 122(9):e20250640

1



Rached FH, et al. Brazilian Guideline on Dyslipidemias and Prevention of Atherosclerosis - 2025. Arq Bras Cardiol. 2025 Dec 1;122(9):e20250640. Portuguese, English.
<https://doi.org/10.36660/abc.20250640>



58º

Congresso Brasileiro
 de Patologia Clínica
 Medicina Laboratorial
 Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

SERIE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA N° 04-2025
ABRIL 2025

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TAMIZAJE, EVALUACIÓN DE RIESGO Y MANEJO DE LA DISLIPIDEMIA EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Guía en Versión Extensa



CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TAMIZAJE, EVALUACIÓN DE RIESGO Y MANEJO DE LA DISLIPIDEMIA EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2025. <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/6639696-guia-de-practica-clinica-n-04-2025-para-el-tamizaje-evaluacion-de-riesgo-y-manejo-de-la-dislipidemia-en-pacientes-sin-enfermedad-cardiovascular-establecida-en-el-primer-nivel-de-atencion>

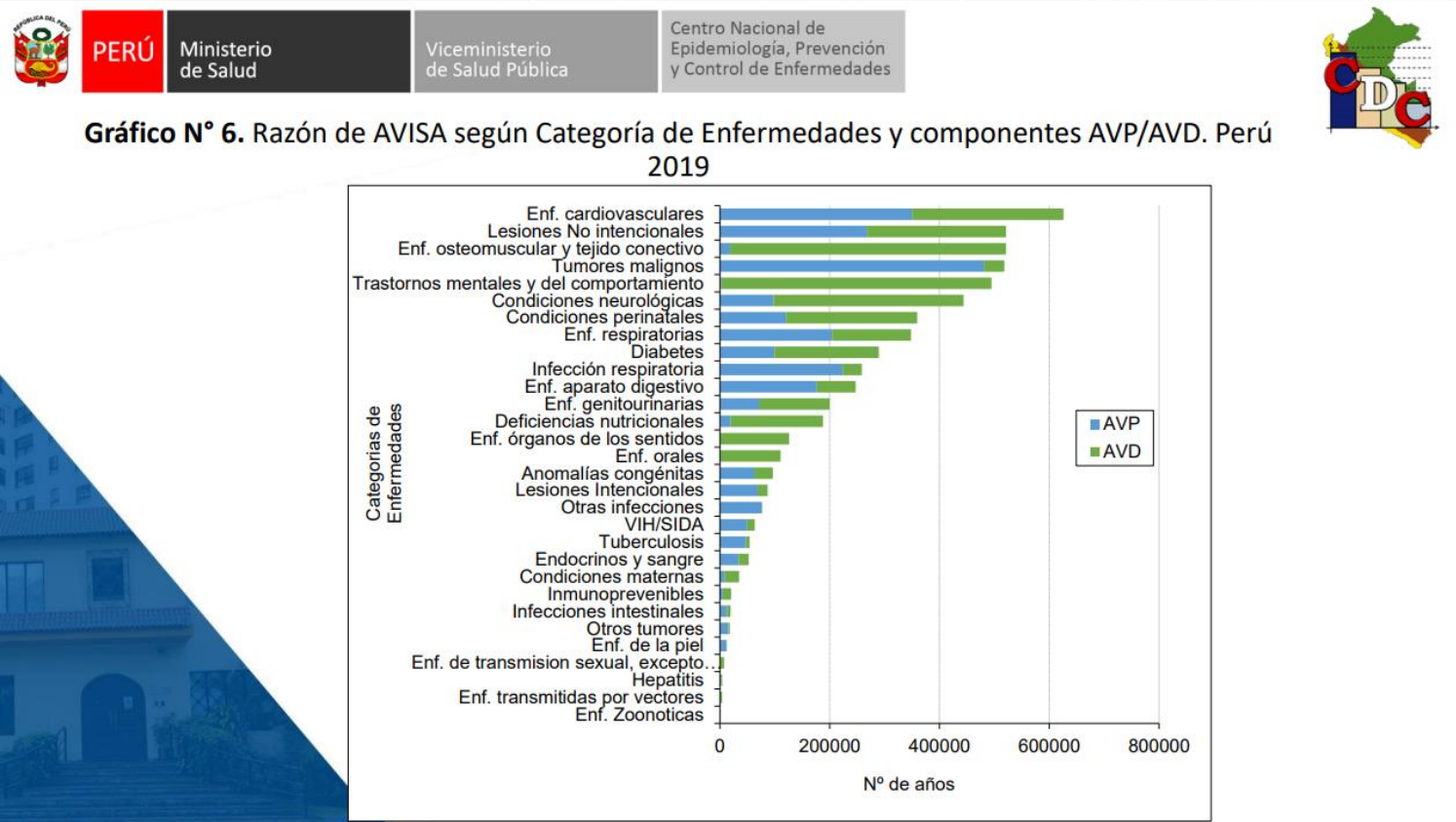


58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

En Perú, la **cardiopatía isquémica** representa el **9.2%** del total de muertes y la enfermedad **cerebrovascular** el **6.4%**. El informe de carga de enfermedad de 2019, la ECV represento el 10.8% de AVISA del total de la población y son la primera causa de carga de enfermedad en adultos mayores a 60 años.



TOTAL DE MUERTES



9.2%**6.4%**

Estudio de Carga de Enfermedad [Internet]. CDC MINSA. [citado 13 de octubre de 2024]. Disponible en https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2024/05/Final_Estudio_Carga.pdf

En personas con edad entre 18 y 39 años, considerar realizar tamizaje lipídico si al menos existe un factor de riesgo para dislipidemia y/o riesgo ECV establecida:

Considerar realizar tamizaje lipídico si al menos existe:

- Antecedentes de Hipercolesterolemia Familiar (HF) o signos clínicos de HF (arco corneal, xantelasmas o xantomias)
- Antecedentes de ECV prematura en familiares de primer grado (mujeres menores de 65 años y varones menores de 55 años)
- Diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial o hipotiroidismo
- Fumador (Persona que ha fumado durante los últimos 6 meses)
- Obesidad (IMC igual o mayor a 30 o perímetro abdominal mayor a 88 cm en mujeres y mayor a 102 cm en varones)
- Menopausia prematura (antes de los 40 años)
- Antecedente de preeclampsia



Tamizaje lipídico

- Colesterol Total
- Colesterol HDL y
- Triglicéridos
- Cálculo del LDL.

Precisiones

- Recomiendan fórmula de Friedewald. Resulta inexacta si TG superior a 400mg/dL
- No es necesario hacer la medición de lípidos en ayuno, pero es preferible.
- Tamizaje para prevención primaria de ECV cada tres a cinco años.
- La frecuencia puede variar en personas que hayan modificado o desarrollado nuevos factores de riesgo para dislipidemia, ECV o según juicio clínico del médico tratante.



Ibero-American position statement on therapeutic recommendations for the preventive management of cardiovascular complications in latin-American patients with type 2 diabetes mellitus: consensus of the prevention council of the inter-American society of cardiology (SIAC-PREVENT)

Fernando Wyss¹, Vladimir Ullauri², Joffre Lara Terán³, Andrés Arteaga-Arellano⁴, Carolina Gómez-Martin⁵, Ricardo Lopez-Sant⁶, Gonzalo Pérez⁷, Carlos Armando Madrigal⁸, Mayra Ger⁹, Daniel Piskorz¹⁰, José Gabriel Zambrano¹¹, Adriana Puente-Barragán¹², Henry las de Salas¹³, Osiris Valdez¹⁴, Ernesto Peñaherrera¹⁵, Miguel Camafort^{16,17,18}, Luisa F. Aguilera¹⁹, Fernando Jiménez²⁰, Margarita Lituma²¹, Rodrigo Alonso²², Máxima Méndez²³, Karla Garay García²⁴, Carlos Ponte-Negretti²⁵, Lilliana Cárdenas²⁶, Ana Munera²⁷, Ezequiel Forte²⁸, Patricio Lopez – Jaramillo²⁹, Raul Villar³⁰, Mildren del Sueldo³¹, Yedid Valcárcel-Pérez³², Livia Machado³³ and Esteban Ortiz – Prado^{34*}

Abstract

Background Type 2 diabetes mellitus (T2DM) affects an estimated 463 million adults worldwide, nearly 80% of whom live in low- and middle-income countries. Latin America and the Caribbean (LAC) are among the regions with the fastest-growing T2DM prevalence, with ~ 32 million affected individuals. Against this background, the SIAC Prevention Council (SIAC-PREVENT) developed regionally adapted, equity-oriented recommendations for the preventive management of cardiovascular complications in T2DM.

Methods We convened a multidisciplinary panel from across LAC and followed AGREE II and RIGHT principles. A comprehensive search (MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Scielo, LILACS, and grey

*Correspondence:
Esteban Ortiz – Prado
e.ortizprado@gmail.com

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2026. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Declaración de posición iberoamericana sobre recomendaciones terapéuticas para el manejo preventivo de las complicaciones cardiovasculares en pacientes latinoamericanos con diabetes mellitus tipo 2: consenso del consejo de prevención de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC-PREVENT).

Revisar | Acceso abierto | Publicado:12 de abril de 2026

- En América Latina y el Caribe, la prevalencia de DM2 es de 13 a14% en algunos países, con una alta carga de discapacidad.
- Más del 80% de los pacientes tienen sobrepeso u obesidad; la dislipidemia y la enfermedad arterial periférica son comunes.
- DM2 confiere un riesgo cardiovascular de 2 a 4 veces mayor y mayores tasas de accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.
- Se propone una estrategia integrada basada en el riesgo que combine: estratificación sistemática del riesgo cardiovascular; manejo temprano de la obesidad; un enfoque cardiorrenal de cuatro pilares:
 - Bloqueo del sistema renina-angiotensina: inhibidores de SGLT2, finerenona, agonistas del receptor de GLP-1
 - Uso preferencial de inhibidores de SGLT2 y agonistas del receptor de GLP-1 en pacientes de alto riesgo.
 - Control estricto de lípidos y presión arterial; y
 - Detección y manejo sistemáticos de complicaciones micro y macrovasculares.

Wyss, F., Ullauri, V., Terán, J.L. et al. Ibero-American position statement on therapeutic recommendations for the preventive management of cardiovascular complications in latin-American patients with type 2 diabetes mellitus: consensus of the prevention council of the inter-American society of cardiology (SIAC-PREVENT). Diabetol Metab Syndr 18, 119 (2026). <https://doi.org/10.1186/s13098-026-02157-5>

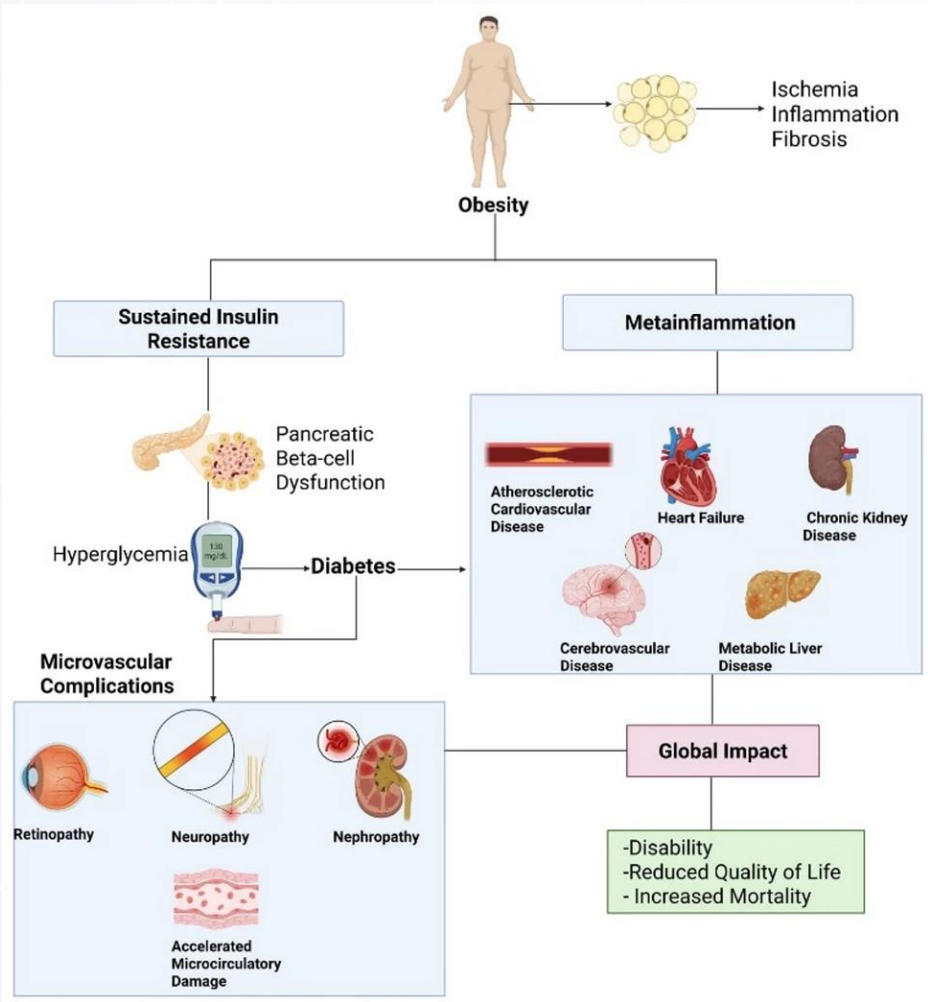
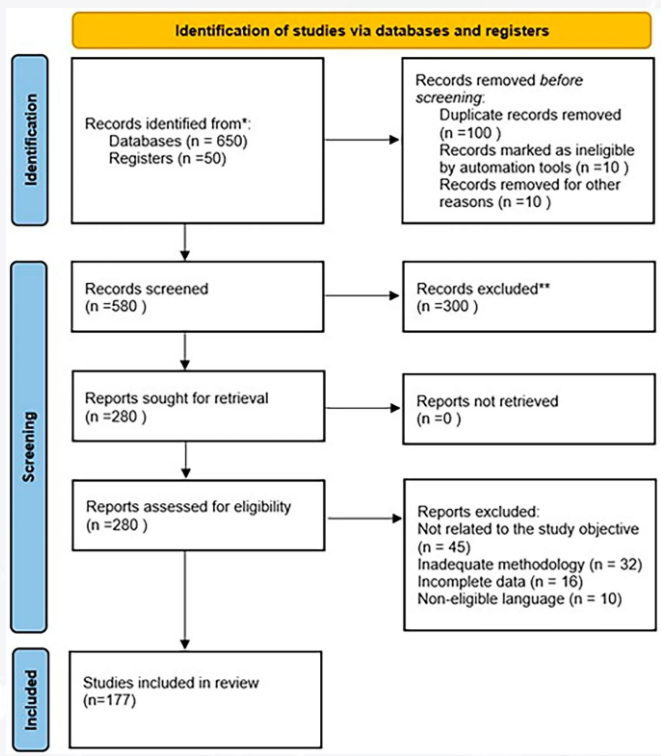


58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Estas recomendaciones deben integrarse en los modelos de atención primaria y en los programas existentes de manejo de enfermedades crónicas dentro de los sistemas de salud Latinoamericanos.



El exceso de tejido adiposo, con acumulación ectópica de grasa hepática, pancreática y visceral, promueve la lipotoxicidad, estrés oxidativo, inflamación sistémica de bajo grado o metainflamación

Esta declaración de posición iberoamericana respalda un enfoque basado en la evidencia y orientado a la equidad para la **prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes con DM2 en América Latina y el Caribe.**

Wyss, F., Ullauri, V., Terán, J.L. et al. Ibero-American position statement on therapeutic recommendations for the preventive management of cardiovascular complications in latin-American patients with type 2 diabetes mellitus: consensus of the prevention council of the inter-American society of cardiology (SIAC-PREVENT). Diabetol Metab Syndr 18, 119 (2026). <https://doi.org/10.1186/s13098-026-02157-5>

Guía brasileña de 2025 basada en la evidencia sobre el manejo de la obesidad y la prevención de enfermedades cardiovasculares y complicaciones asociadas a la obesidad: declaración de posición de cinco sociedades médicas.

Revisar | Acceso abierto | Publicado: 18 de noviembre de 2025

Colaboración entre cinco sociedades médicas brasileñas:

- Asociación Brasileña para el Estudio de la Obesidad y el Síndrome Metabólico
- Sociedad Brasileña de Diabetes
- Sociedad Brasileña de Endocrinología y Metabolismo
- Sociedad Brasileña de Cardiología y
- Academia Brasileña del Sueño

Objetivo: estructurar el tratamiento de la obesidad en el contexto de la prevención de ECV, considerando tanto el riesgo cardiovascular como el estadio de la obesidad.

REVIEW

Open Access



2025 Brazilian evidence-based guideline on the management of obesity and prevention of cardiovascular disease and obesity-associated complications: a position statement by five medical societies

Cynthia M. Valerio^{1*}, Jose F. K. Saraiva², Fernando Valente³, Simone van de Sande-Lee⁴, Viviane Z. Rocha⁵, Fabiana H. Rached⁶, Luciano F. Drager⁷, Bruno Halpern⁸, Wellington S. Silva Júnior⁹, Fabio R. Trujillo¹⁰, Neuton Dornelas¹¹, Ruy Lyra da Silva Filho¹¹, João Eduardo N. Salles¹², Marcelo H. V. Assad¹³, Marcio C. Mancini¹⁴, Paulo A. C. Miranda^{15,16}, Rodrigo Moreira^{1,17}, Rodrigo N. Lamounier^{16,18}, Sergio Kaiser¹⁹ and Marcello C. Bertolucci^{20,21}

Abstract

Background Obesity, which currently affects over one billion individuals, is widely recognised as a global condition. It is strongly associated with an increased incidence of cardiovascular disease (CVD), which accounts for 26.8% of all deaths worldwide. The emergence of new anti-obesity medications that can provide greater weight loss and more significant clinical benefits has underscored the urgent need for structured guidelines that integrate obesity treatment into CVD prevention strategies. This article, developed through a collaboration among five leading Brazilian medical societies (Brazilian Association for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome, Brazilian Diabetes Society, Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism, Brazilian Cardiology Society, and Brazilian Sleep Academy), aims to structure obesity treatment within the context of CVD prevention, considering both cardiovascular risk and obesity stage.

Methods The Delphi method was used to develop the guideline by engaging a panel of twenty experts who formulated 25 evidence-based recommendations through multiple rounds of structured voting. Each recommendation was designed to address specific clinical scenarios and assigned a recommendation grade based on statistical analysis consensus levels.

Results Following cardiovascular risk assessment using the Predicting Risk of CVD Events risk score, individuals with obesity or overweight will be stratified according to their 10-year risk of developing atherosclerotic disease (low, moderate, or high) and heart failure (high-risk). Anti-obesity treatment will then be guided by the best evidence-based recommendations designed to address excess adiposity and reduce associated complications.

*Correspondence:
Cynthia M. Valerio
dracynthiavalerio@gmail.com

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2025. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

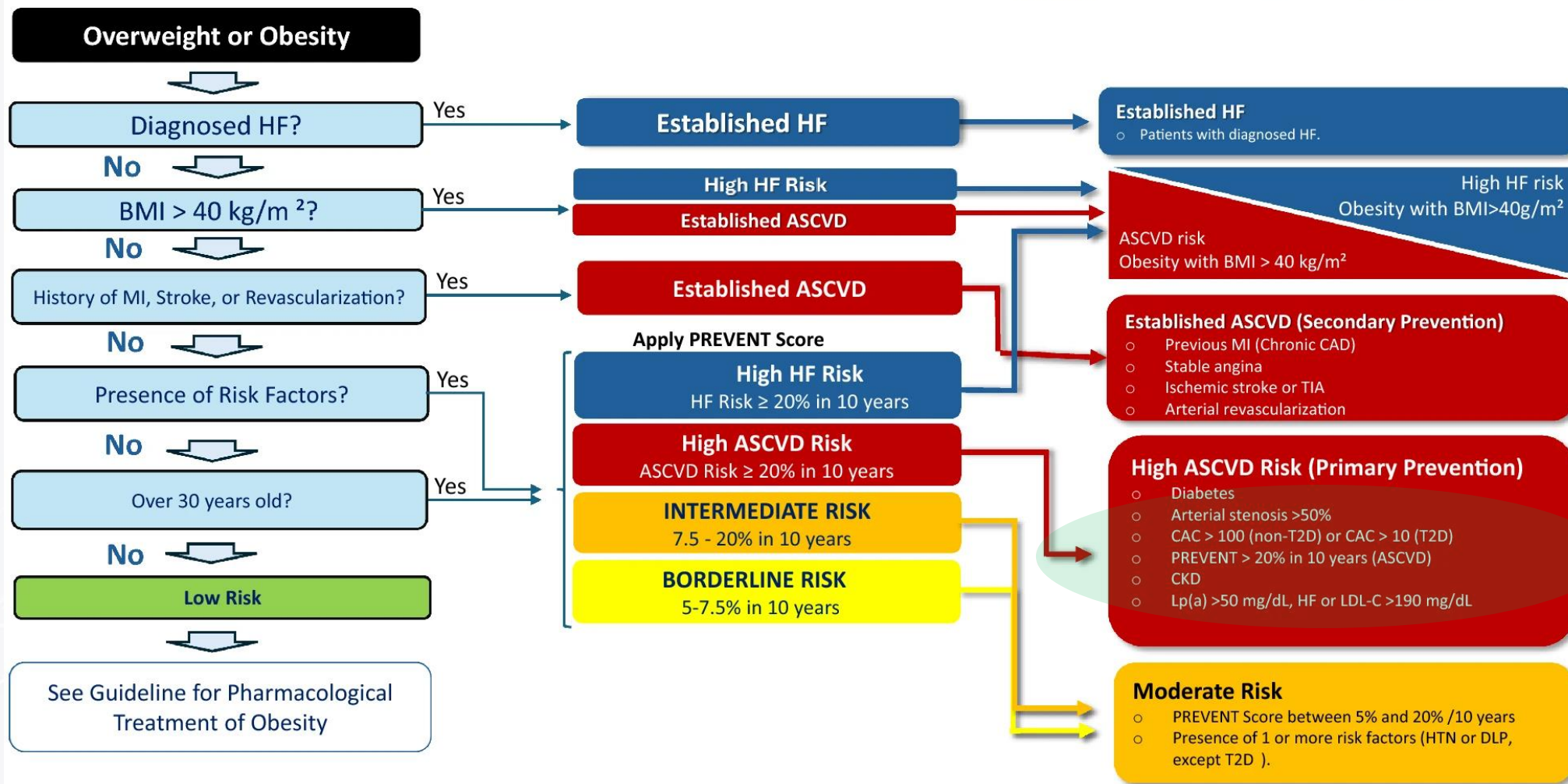
Valerio, C.M., Saraiva, J.F.K., Valente, F. et al. 2025 Brazilian evidence-based guideline on the management of obesity and prevention of cardiovascular disease and obesity-associated complications: a position statement by five medical societies. *Diabetol Metab Syndr* 17, 432 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13098-025-01954-8>



58º Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Cardiovascular Risk Assessment in Individuals with Overweight or Obesity



Esta guía, aborda esta necesidad crucial al proporcionar estrategias basadas en la evidencia para el tratamiento de la obesidad y la prevención de las ECV.

Valerio, C.M., Saraiva, J.F.K., Valente, F. et al. 2025 Brazilian evidence-based guideline on the management of obesity and prevention of cardiovascular disease and obesity-associated complications: a position statement by five medical societies. Diabetol Metab Syndr 17, 432 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13098-025-01954-8>



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

CONTENIDO



Contexto mundial



Latinoamérica



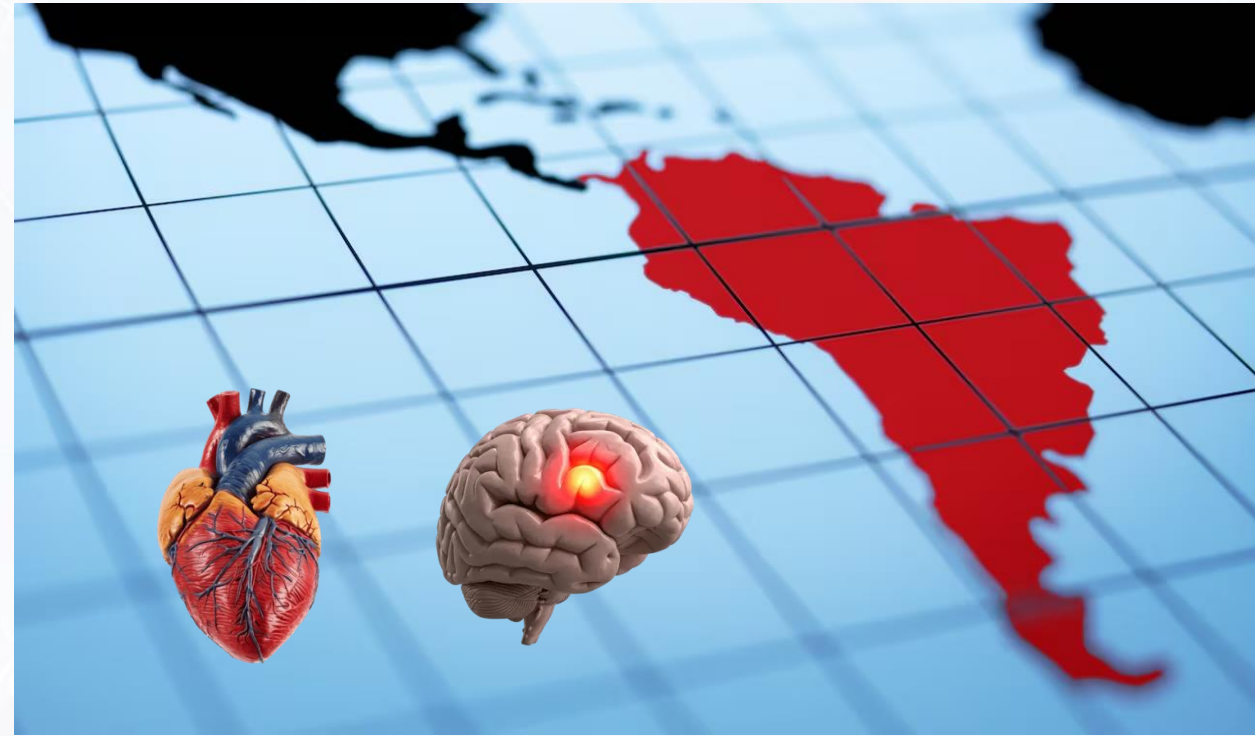
Ejemplos de armonización



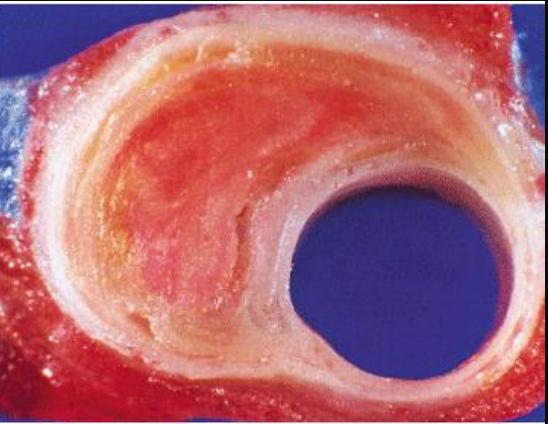
Guías Latinoamericanas



Propuesta final



Estudios anátomo-patológicos de las arterias, accesibles post mortem o en el momento de la cirugía.



Ross R. Atherosclerosis--an inflammatory disease. N Engl J Med. 1999 Jan 14;340(2):115-26. doi: 10.1056/NEJM199901143400207

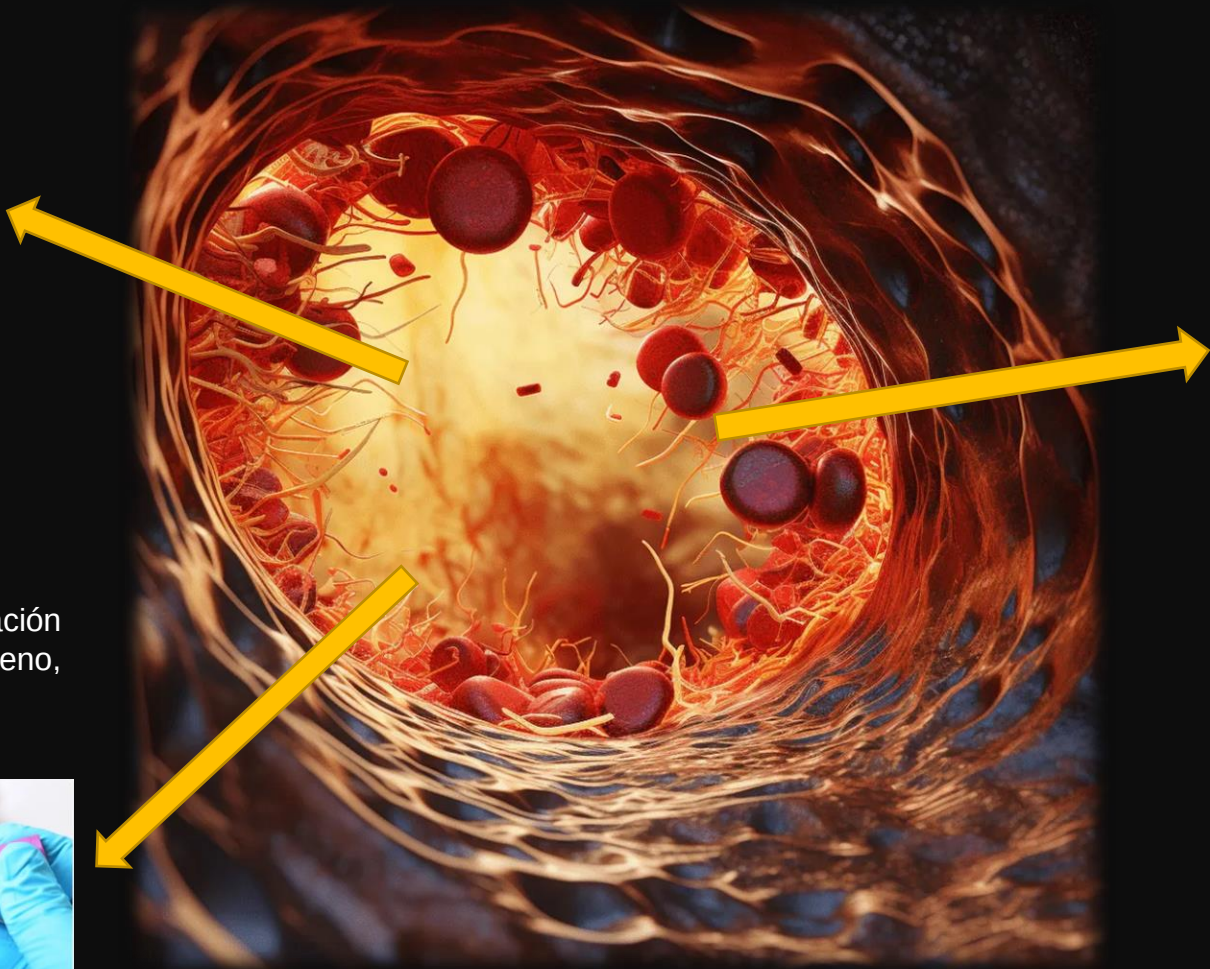
Uso de biomarcadores como:

- PCR ultrasensible (hs-CRP) y
- Otros: IL-6, amiloide A, relación neutrófilos/linfocitos, fibrinógeno, mieloperoxidasa, otros.

Biomarcadores inespecíficos.



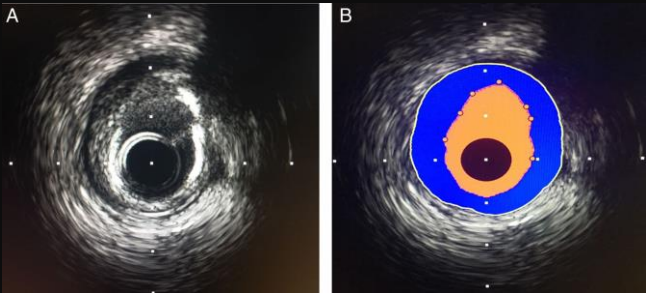
Kelly P, Lemmens R, Weimar C et al. Long-term colchicine for the prevention of vascular recurrent events in non-cardioembolic stroke (CONVINCE): a randomised controlled trial. The Lancet, 2024; 404, 125-133



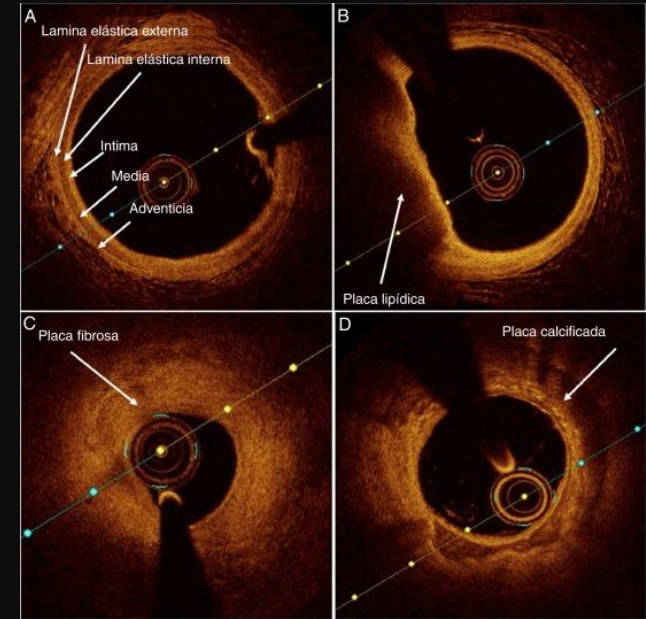
ATEROCLEROSIS CORONARIA

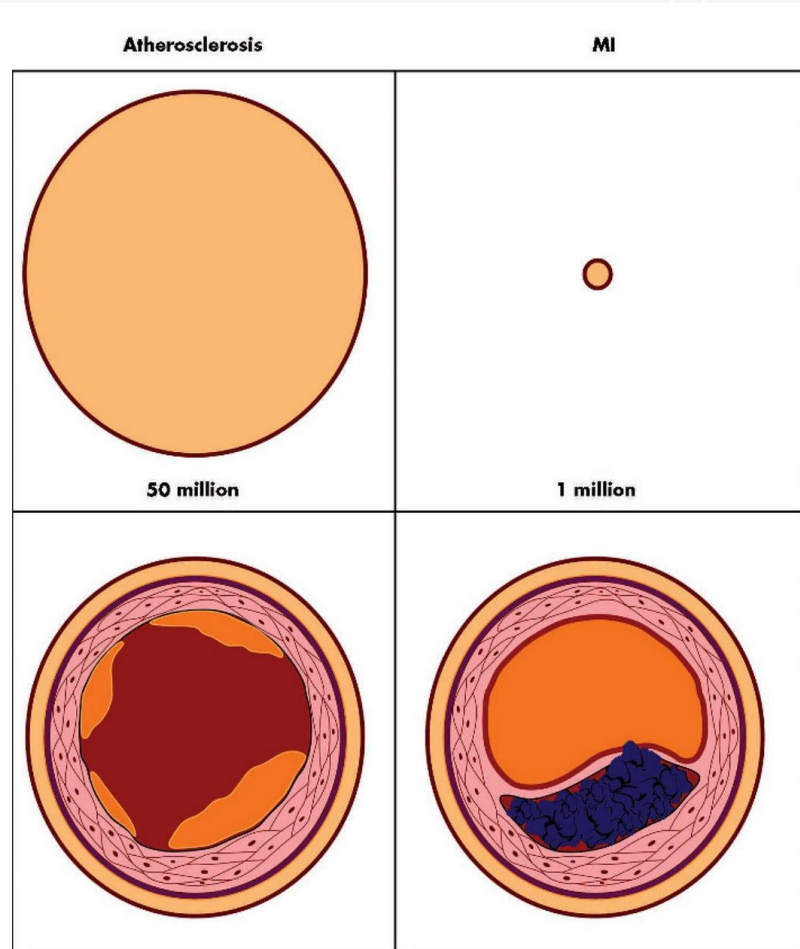
Una placa con alto riesgo de ruptura, se puede evaluar con un catéter intracoronarias e imágenes:

- Ultrasonido Intravascular (IVUS)



- Tomografía de coherencia óptica (OCT)



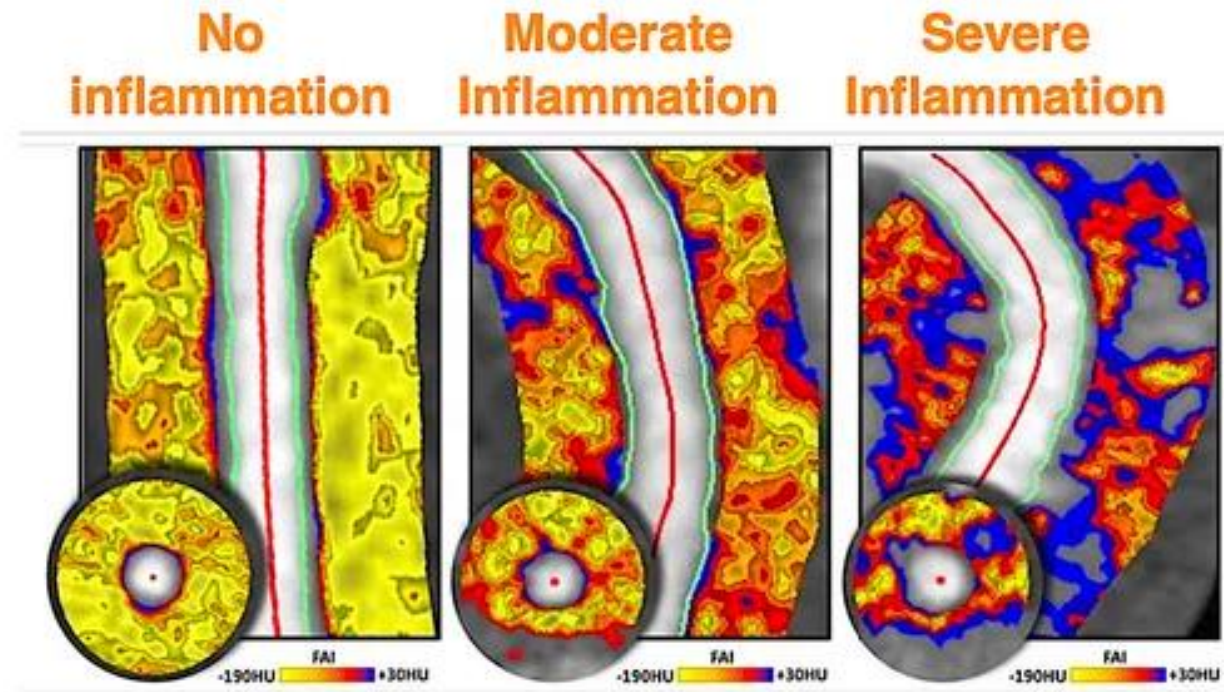


La ruptura de placa que conduce a ataques cardíacos (infarto de miocardio) o angina inestable es infrecuente (**proporción de 50:1** (datos de EE. UU).

Topol EJ. The genetics of heart attack. Heart. 2006 Jun;92(6):855-61.
<https://doi:10.1136/hrt.2005.060202>

Puntuación del Índice de Atenuación de Grasa Coronaria (Coronary Fat Attenuation Index - FAI) .

Un **biomarcador de imagen** de vanguardia, autorizado por la FDA, que se utiliza para medir la **inflamación activa en los vasos sanguíneos del corazón, con plataformas de inteligencia artificial**. Analiza la capa de grasa que rodea las arterias coronarias (**grasa perivascular**) durante una tomografía computarizada estándar. Puede predecir el riesgo de un ataque cardíaco años antes de que se formen placas o bloqueos visibles.



ACC SCIENTIFIC STATEMENT

Inflammation and Cardiovascular Disease: 2025 ACC Scientific Statement

A Report of the American College of Cardiology



Writing Committee Members
George A. Mensah, MD, FACC, Chair
Natalie Arnold, MD

Sumanth D. Prabhu, MD, FACC
Paul M. Ridker, MD, MPH, FACC
Francine K. Welty, MD, PhD, FACC

ABSTRACT

The crucial role of inflammation in the pathogenesis and clinical outcomes of cardiovascular disease (CVD) has recently gained increased attention. In particular, residual inflammation, measured with high-sensitivity C-reactive protein (hsCRP) remains strongly predictive of recurrent events, even in statin-treated patients. Similarly, elevated hsCRP in apparently healthy individuals identifies a higher-risk group in whom statin therapy significantly reduces the risk of first major CVD events even if LDL-cholesterol is normal. This report provides an updated understanding of the role of chronic, low-grade inflammation in CVD and highlights new seminal research findings, especially in atherosclerosis, myocardial infarction, heart failure, and pericarditis. Consensus recommendations are summarized for screening, evaluation, and CVD risk assessment; inflammatory biomarkers in cardiovascular imaging; inflammation inhibition in behavioral and lifestyle risks; and anti-inflammatory approaches in primary and secondary prevention as well as in heart failure and other CVDs. This report also addresses current challenges and future opportunities. For example, it cautions that not all trials of anti-inflammatory therapy in secondary prevention have been successful and such trial evidence is needed before broad recommendations for other agents can be made. Additionally, in successful trials, the interplay between inflammation and key physiological systems often remains incompletely examined. Another promising area of research is the role that novel special pro-resolving bioactive lipid molecules play in promoting the resolution of inflammation and CVD risk reduction. In aggregate, the evidence linking inflammation with atherosclerotic CVD is no longer exploratory but is compelling and clinically actionable. The time for taking action has now arrived.

INTRODUCTION

The American College of Cardiology (ACC) has a long history of developing documents to complement clinical practice guidelines. Among these documents, scientific statements represent a novel approach to inform clinicians about areas where the scientific evidence is new and evolving or where sufficient data are more limited. Recently, the role of inflammation in cardiovascular disease (CVD) has gained

significant attention, prompting a reevaluation of traditional paradigms of the pathogenesis and clinical outcomes of CVD. This scientific statement provides clinicians with an updated understanding of the role inflammation plays in CVD. The statement's scope includes new research findings on the role of inflammation in atherosclerosis, myocardial infarction, heart failure (HF), and pericarditis. It also emphasizes primary and secondary prevention and inflammatory pathways in behavioral and lifestyle risks.

This document was approved by the American College of Cardiology Clinical Policy Approval Committee in September 2025. The American College of Cardiology requests that this document be cited as follows: Mensah GA, Arnold N, Prabhu SD, Ridker PM, Welty FK. Inflammation and cardiovascular disease: 2025 ACC scientific statement: a report of the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2026;87(11):1381-1404.

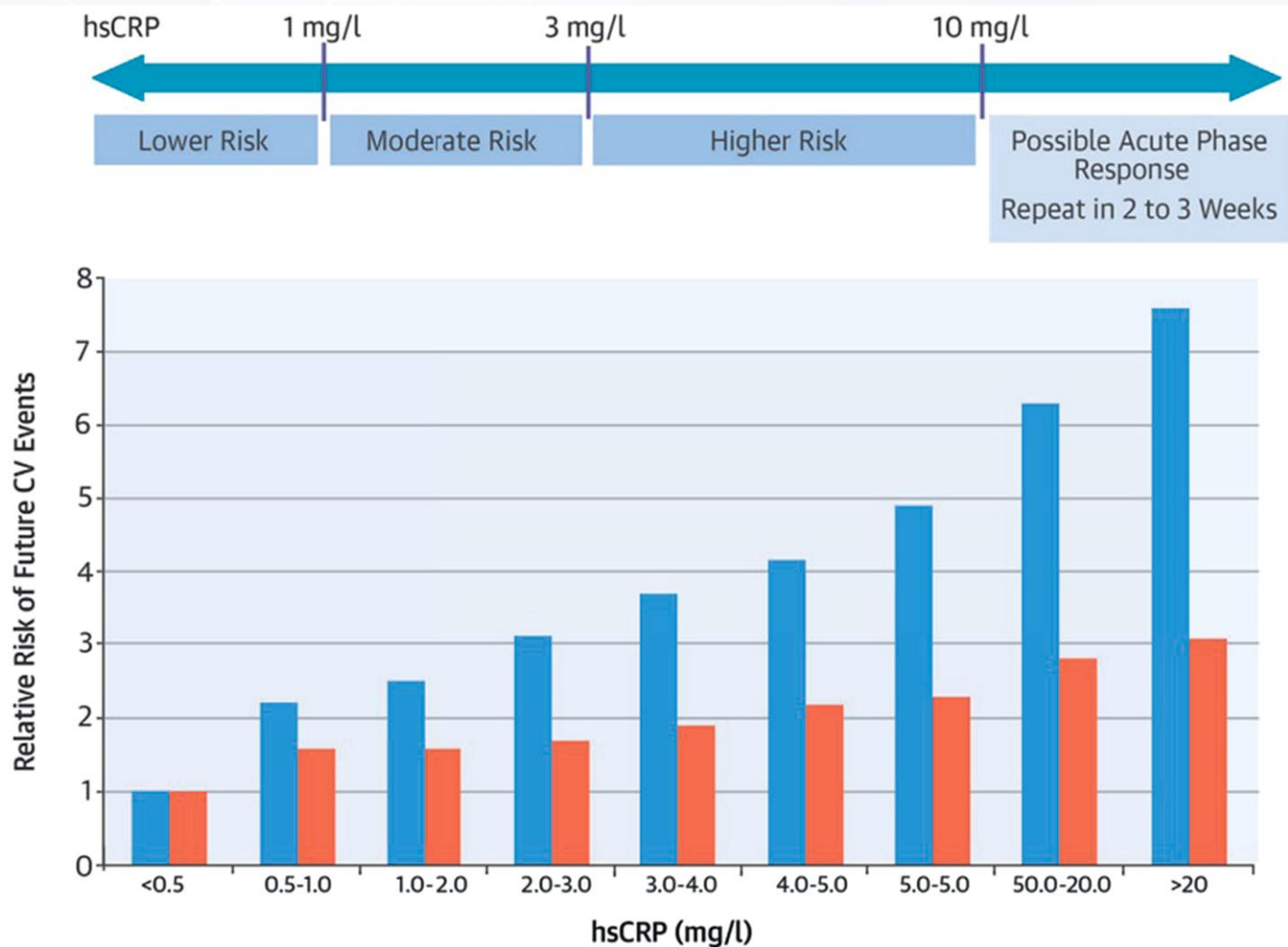
Copies: This document is available on the website of the American College of Cardiology (www.acc.org). For copies of this document, please contact Elsevier Inc. Reprint Department via fax (212-633-3800) or e-mail (reprints@elsevier.com).

Permissions: Multiple copies, modification, alteration, enhancement, and/or distribution of this document are not permitted without the express permission of the American College of Cardiology. Requests may be completed online via the Elsevier site (<https://www.elsevier.com/about/policies/copyright/permissions>).

ISSN 0735-1097/\$36.00

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.047>

Dado que los médicos no tratan lo que no miden, la detección universal de la **PCR hs**, tanto en la prevención primaria como secundaria de las ECV, **representa una importante oportunidad clínica y se recomienda.**



Mensah, G, Arnold, N, Prabhu, S. et al. **Inflammation and Cardiovascular Disease: 2025 ACC Scientific Statement: A Report of the American College of Cardiology.** JACC. 2026 Mar, 87 (11) 1381–1404. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.047>

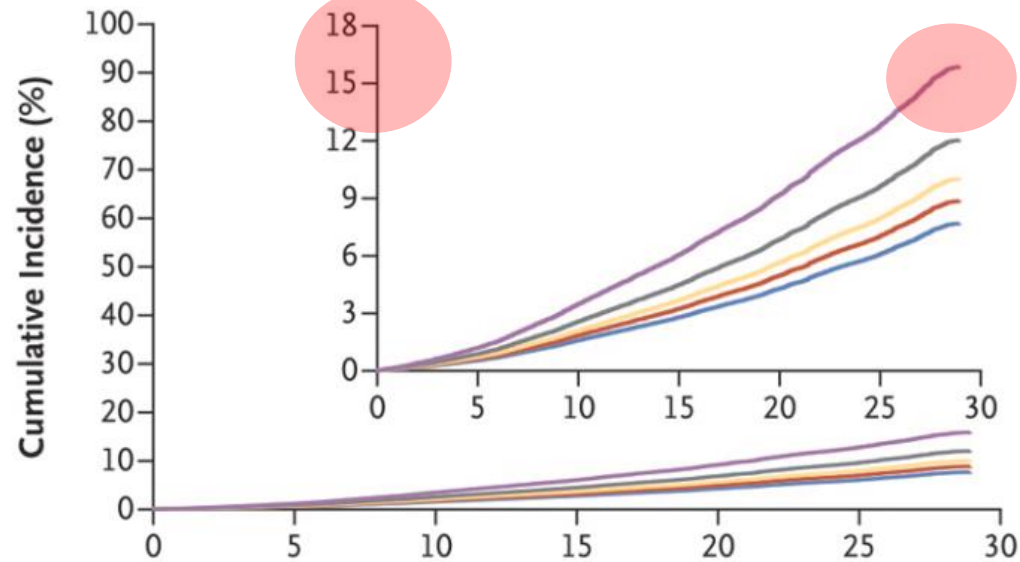


58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

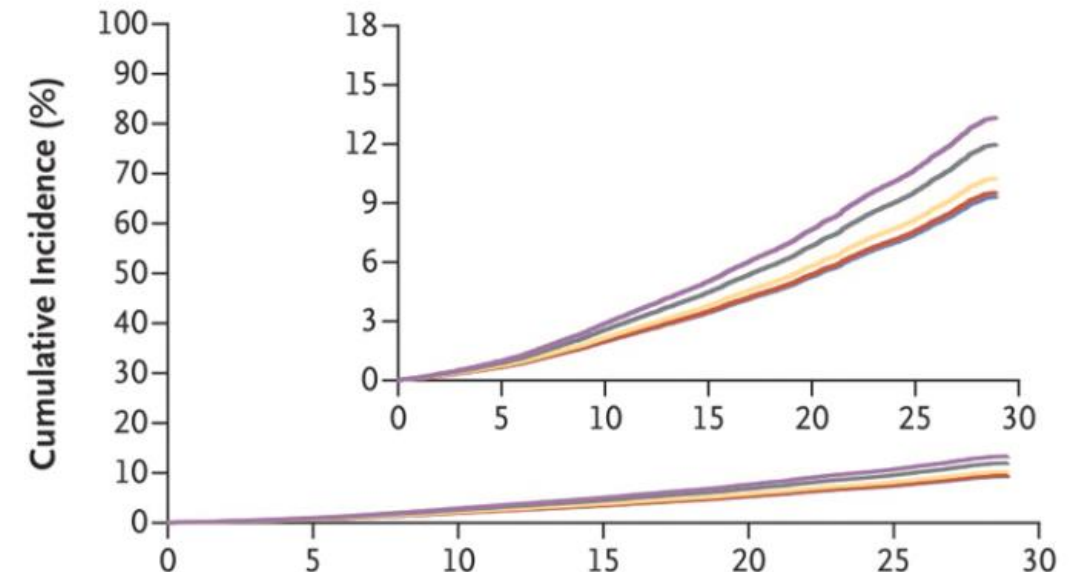
A High-Sensitivity C-Reactive Protein



No. at Risk

	Years					
Quintile 1	5659	5604	5487	5290	5006	4058
Quintile 2	5575	5488	5310	5079	4767	3774
Quintile 3	5539	5432	5229	4962	4600	3527
Quintile 4	5582	5464	5198	4906	4476	3309
Quintile 5	5584	5412	5105	4707	4241	3095

B Low-Density Lipoprotein Cholesterol

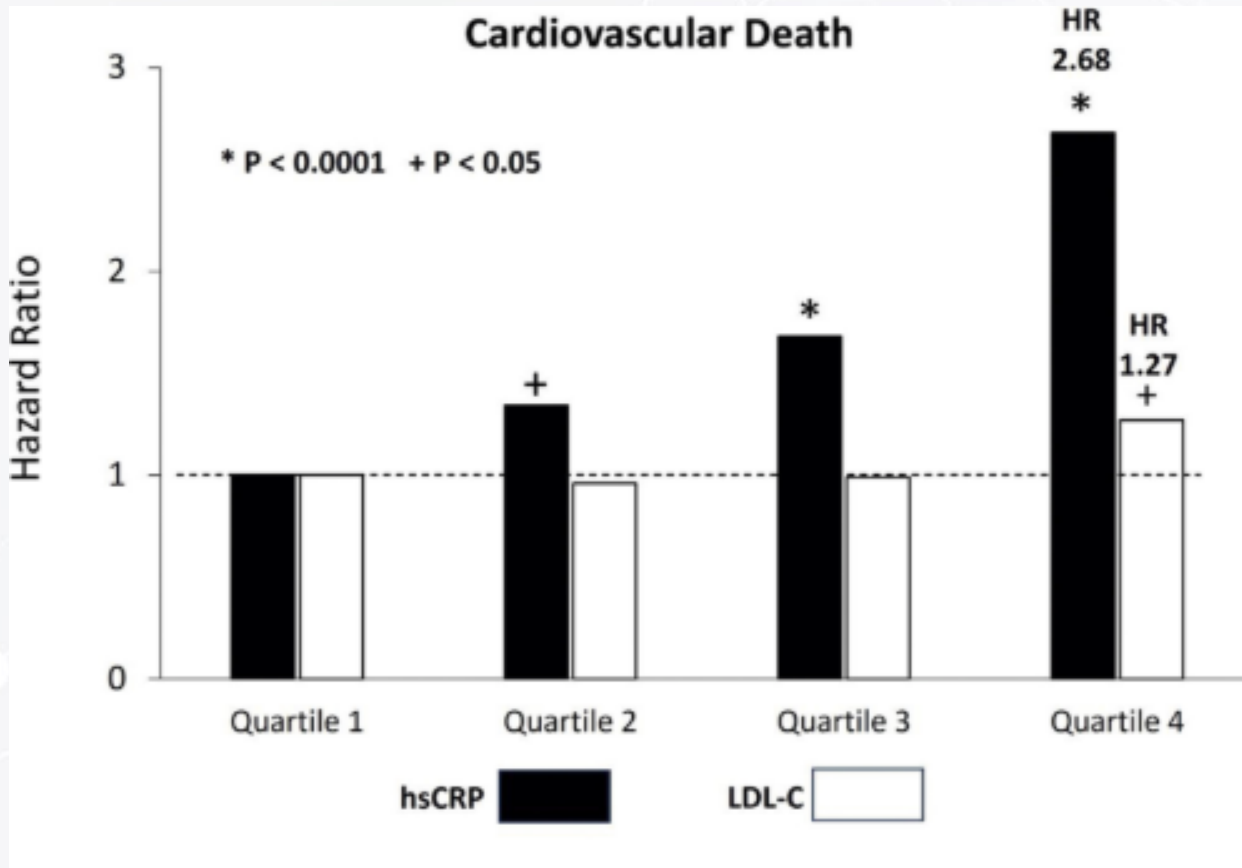


No. at Risk

	Years					
Quintile 1	5616	5536	5381	5148	4851	3903
Quintile 2	5576	5510	5333	5127	4792	3798
Quintile 3	5583	5481	5286	5014	4668	3547
Quintile 4	5580	5445	5195	4900	4479	3391
Quintile 5	5584	5428	5134	4755	4300	3124

Cocientes de riesgo (HR) a 30 años e incidencia acumulada de primeros eventos CV adversos mayores entre 27.939 mujeres estadounidenses inicialmente sanas, según quintiles entre LDL y PCR hs. **La magnitud del riesgo es mayor para la inflamación que para el colesterol.**

“También ha llegado el momento para desarrollar estrategias que promuevan una mayor concienciación de los médicos sobre el **papel crucial de la inflamación en las enfermedades cardiovasculares** y aceleren la adopción de terapias antiinflamatorias basadas en la evidencia y guiadas por directrices, mediante la investigación sobre su difusión e implementación.”



Mensah, G, Arnold, N, Prabhu, S. et al. **Inflammation and Cardiovascular Disease: 2025 ACC Scientific Statement: A Report of the American College of Cardiology.** JACC. 2026 Mar, 87 (11) 1381–1404. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.047>

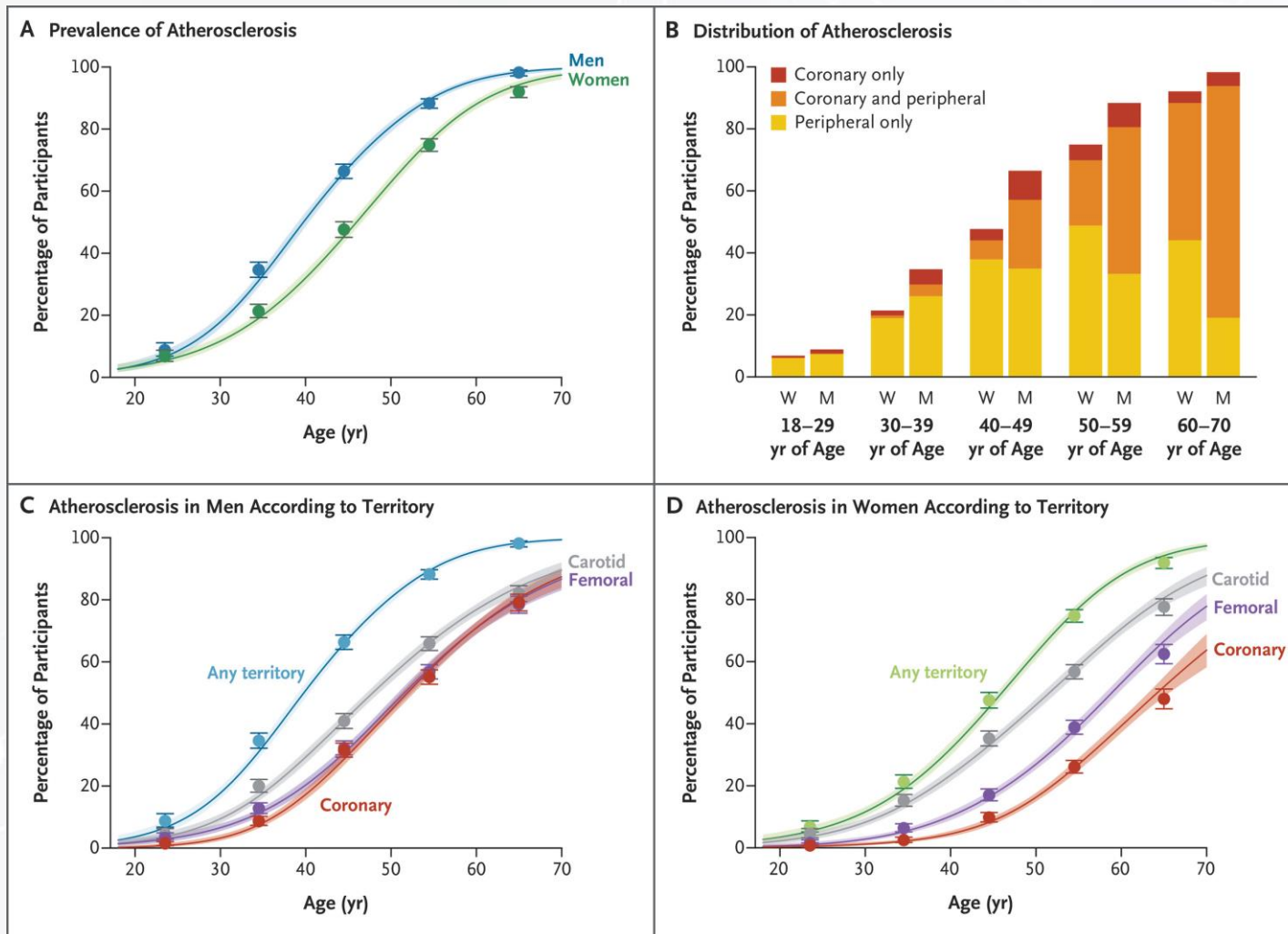


58°

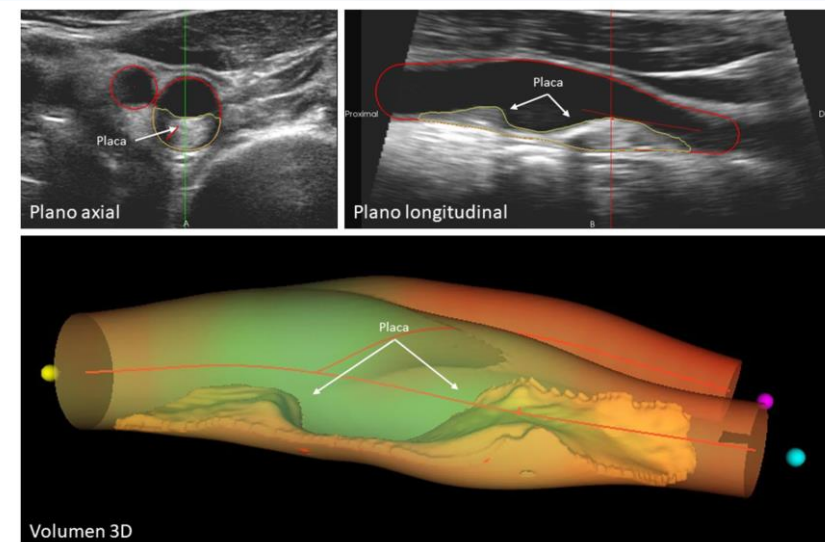
Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

Prevalencia de la aterosclerosis silenciosa periférica y coronaria a lo largo de la vida adulta



- De 16.808 adultos la edad media fue de 45 ± 12 años, y el 51,4% eran mujeres. **La aterosclerosis silente estuvo presente en el 57,1% de los participantes.**



- La aterosclerosis subclínica presenta incrementos relacionados con la edad y el sexo, además de una extensión sistémica.
- La mayoría de los participantes con aterosclerosis coronaria silente presentaban aterosclerosis periférica.
- El riesgo CV SCORE2 a 10 años identificó solo a una minoría de participantes con aterosclerosis silente establecida.

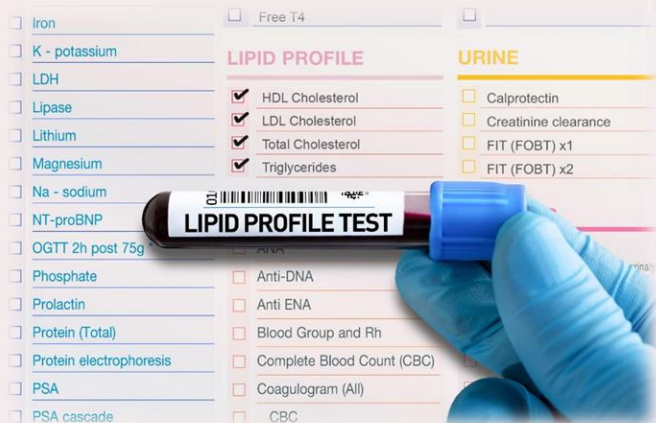
Published August 29, 2026. DOI: 10.1056/NEJMoa2609059



58°

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA

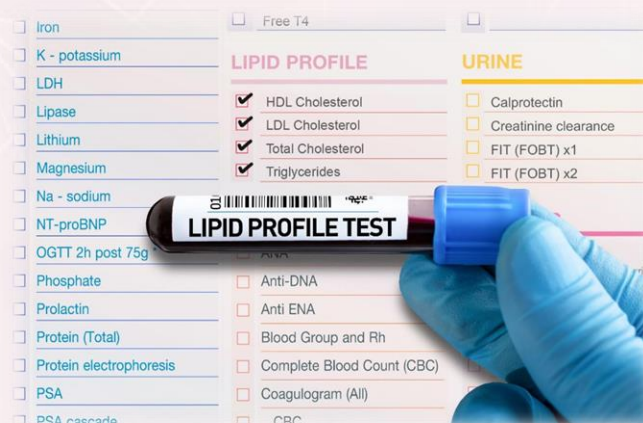


PERFIL LIPÍDICO TRADICIONAL

Colesterol total
HDL
Triglicéridos
LDL dosado
LDL calculado



CALCULAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR



PERFIL LIPÍDICO AMPLIADO

- Colesterol total
- HDL
- Triglicéridos
- LDL dosado
- LDL calculado
- **Colesterol No HDL**
- **Colesterol remanente**
- **Otros cálculos**



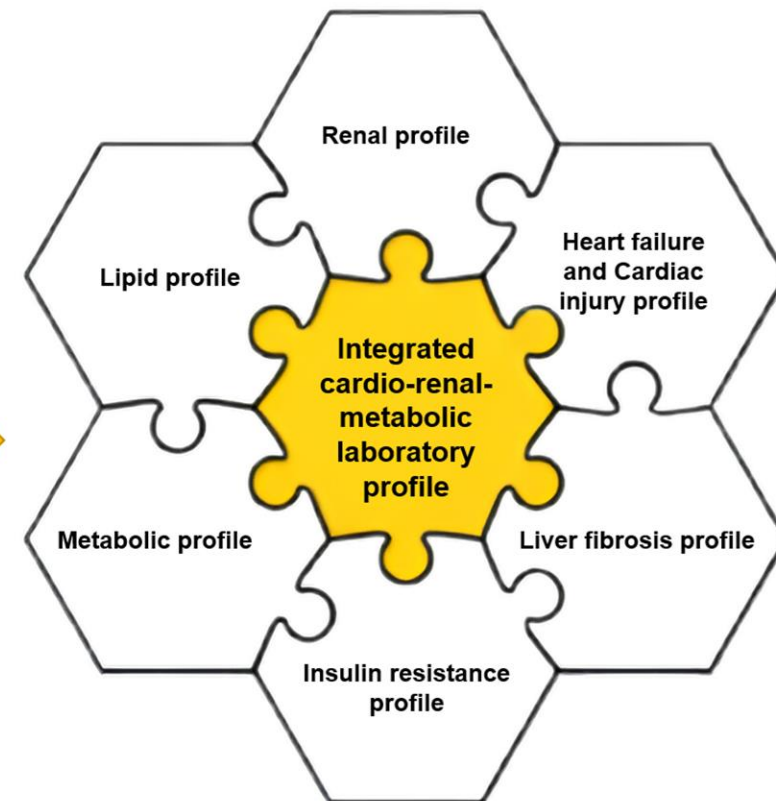
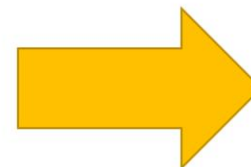
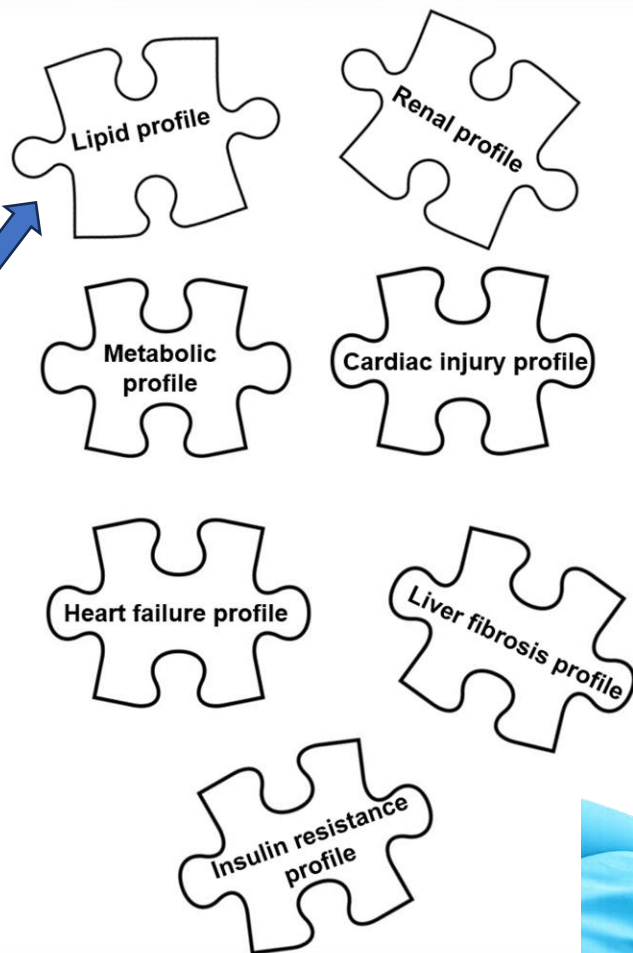
PERFIL LIPÍDICO CONTEMPORÁNEO

- Colesterol total
- HDL
- Triglicéridos
- LDL dosado
- LDL calculado
- Colesterol No HDL
- Colesterol remanente
- **Apo B**
- **Lipoproteína (a)**
- **PCR ultrasensible**
- **Otras pruebas**



PERFIL LIPÍDICO CONTEMPORÂNEO

- Colesterol total
- HDL
- Triglicéridos
- LDL dosado
- LDL calculado
- Colesterol No HDL
- Colesterol remanente
- Apo B
- Lipoproteína (a)
- PCR ultrasensível
- Outras pruebas



Figuroa-Montes L. Cardio-Renal-Metabolic Laboratory Profile: An Integrated Strategy for the Prevention and Management of Chronic Non-Communicable Diseases. EJIFCC. 2025 Dec 5;36(4):564-574 <https://ifccfiles.com/2025/12/eJIFCC2025Vol36No4pp564-574.pdf>



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA



Publicado 2025 FEMPAC. https://www.fempac.org.mx/2025/vol72_1_consenso.pdf

Primer consenso Latinoamericano sobre el diagnóstico oportuno de la enfermedad renal crónica. Una propuesta de ALAPAC

First Latin American consensus on the timely diagnosis of chronic kidney disease. A proposal by ALAPAC

Luis Figueroa Montes¹, Carolina Cucho Espinoza², Álvaro Pulchinelini Junior³, Carlos Eduardo Garces⁴, Isabel Briceño⁵, Raquel Ballester⁶, Nadia Krul⁷, José Carreón Moldiz⁸, Klever Saenz⁹, Guillermo Santoscoy Ascencio¹⁰

RESUMEN

El Primer Consenso Latinoamericano sobre el diagnóstico oportuno de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), liderado por la Asociación Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio (ALAPACML), es un esfuerzo colaborativo de expertos de siete países: Perú, Chile, Bolivia, Brasil, Uruguay, Ecuador y México. Este consenso tiene como objetivo principal mejorar el diagnóstico temprano y el manejo de la ERC en la región, dado su impacto significativo en la salud pública.

La ERC afecta a más del 10% de la población mundial y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. El diagnóstico temprano es fundamental para prevenir su progresión hacia estadios avanzados, en los cuales las opciones de tratamiento son limitadas y costosas, afectando gravemente la calidad de vida de los pacientes.

El consenso destaca la importancia de las pruebas de laboratorio, en especial la creatinina sérica para calcular la tasa de filtración glomerular (eTFG) y la relación albúmina/creatinina en orina (ACR), como indicadores clave para la detección y monitoreo de la ERC. Asimismo, se abordan las directrices de la Guía KDIGO 2024, que enfatiza la estandarización de estos biomarcadores en la práctica clínica.

Finalmente, este consenso proporciona recomendaciones específicas para la implementación de estrategias de diagnóstico y tratamiento en toda América Latina, promoviendo el uso adecuado de los recursos y fortaleciendo las políticas públicas de salud para enfrentar de manera eficaz la creciente carga de la ERC en la región.

© 2025 - Federación Mexicana de Patología Clínica, A.C. / FEMPAC



ARTÍCULO ORIGINAL

Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio

Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2025; Volumen 72, Número 1

¹ Hospital III Suárez Angamos, EsSalud, Lima, Perú; Expresidente de la Asociación Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio – ALAPAC; Expresidente de la Asociación Médica Peruana de Patología Clínica, Lima, Perú; Directivo del Colegio Médico del Perú.

² Patólogo clínico en Hospital Nacional Dos de Mayo, Perú

³ CREMESP 86420 Patologista Clínico RQE 17105 Toxicólogo médico RQE 781951 Profesor Aliado Disc: Medicina Laboratorial EPM médico preceptor UNIFESP – EPM

⁴ Director Médico en Laboratorio Médico Bioclinic

⁵ Profesora de la Facultad de Medicina de la UdeLar, Directora del Dpto. de Laboratorio Clínico del Hospital de Clínicas.

⁶ Profesora Adjunta de Laboratorio de Patología Clínica, área Bioquímica

⁷ Secretario permanente ALAPAC/ML

⁸ Docente Universidad Central del Ecuador, CMO - QMM Synlab Ecuador

⁹ Jefe del Departamento de Biología Molecular, Médico adscrito al Departamento de Química Clínica y Responsable de la sección de Tamiz Neonatal en Unidad de Patología Clínica.



58º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica Medicina Laboratorial
Exposição Técnico-Científica

NOVAS FRONTEIRAS DO DIAGNÓSTICO EM TEMPOS DE IA



58º

Congresso Brasileiro
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial

Exposição Técnico-Científica

15 a 18 de setembro de 2026

Florianópolis - SC | Centro Sul

SBPC · ML

Sociedade Brasileira
de Patologia Clínica
Medicina Laboratorial



**Siga o nosso
Canal do WhatsApp**

Aponte a câmera para o QrCode.

Siga a **@sbpcml**
nas Redes Sociais

